Nr. 24. 15. czerwca 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Jakób WĘGIERKO, asyst. kliniki. Warszawa.

Mikrometoda kliniczna badania odczynu „skłaczania".

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W.
Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Wiadomo, że surowica, względnie osocze krwi rozmaitych chorych posiada niejednakową skłonność do tworzenia strątów czyli »kłaczków« »*in vitro*« pod wpływem bodźców zewnętrznych. Podczas, gdy w niektórych przypadkach występuje t. zw. »skłaczanie« w skutek działania czynników słabych (podgrzewanie do 50° C, dodawanie nasyconego roztworu soli kuchennej) w innych nie występuje nawet pod wpływem najsilniejszych (ogrzewanie do 60° C, zadawanie wyskokiem i t p).

Mówimy wówczas, że wspomniane ciecze ustrojowe są mniej lub więcej trwałe po względem koloidowym.

Od czego zależy »równowaga koloidowa« surowicy i osocza po dziś dzień jest niewyjaśnione. Bez wątpienia ciała białkowe, jako najliczniejsze, muszą tu odgrywać rolę pierwszorzędną, jednakże i inne składniki, wchodzące w skład krwi, nie pozostają zapewne bez wpływu.

W pracy swej p. t. »*Badania fizykalno-chemicznych własności surowicy i osocza*« [1]) przytoczyłem ważniejsze poglądy dotyczące przyczyny »skłaczania«. Obecnie wspomnę, że większa część autorów wspólnie z Herzfeldem i Klingerem jest zdania, że ciała białkowe, które nie były w zetknięciu ze ścianami jelit, a przedostawały się wprost do krwiobiegu, jako produkt nadmiernego rozpadu tkankowego w ustroju, są powodem łatwego »skłaczania«.

A więc z białka ustrojowego, rozpadającego się pod wpływem rozmaitych schorzeń, mają się tworzyć przedewszystkiem wielkie drobiny w rodzaju fibrinogenu i innych globulin, które źle utrzymują się w roztworze. Czyli — od stopnia rozprószenia cząstek białkowych zależeć ma trwałość koloidowa danego roztworu.

Zgodnie więc z panującemi obecnie w piśmiennictwie poglądami, przez określanie frakcji białkowych względnie wskaźnika globulinowo-albuminowego powinniśmy dojść do tego samego celu, co przez wykonywanie odczynu »skłaczania«. Surowica zatem o dużym wskaźniku globulinowo-albuminowym powinna »skłaczać się« łatwo, surowica zaś o małym wskaźniku przeciwnie.

Frisch i Starlinger ułożyli nawet skalę, według której podług ilości i rozmiaru kłaczków sądzą »na oko« o zawartości fibrinogenu we krwi.

W badaniach swych, w których równolegle z odczynami »skłaczania« określałem frakcje białkowe, wykazałem, że tylko w większości przypadków, lecz nie zawsze, wzmożone »skłaczanie« idzie w parze ze zwiększeniem się fibrynogenu względnie wskaźnika globulinowo-albuminowego. Sądzę więc, że zwiększenie fibrynogenu b. często towarzyszy jedynie dodatniemu odczynowi »skłaczania«, lecz nie jest jego przyczyną.

Po dziś dzień nie można jeszcze ustalić, jakie znaczenie kliniczno-rozpoznawcze posiada określanie ilości fibrynogenu względnie wskaźnika globulinowo-albuminowego we krwi. Nie można również powiedzieć, do jakich celów klinicznych mają służyć odczyny, wykazujące większą lub mniejszą »chwiejność koloidową« osocza i surowicy.

Do odczynów tego rodzaju należą:
1. Odczyn skłaczania wykonywany w surowicy.
2. Odczyn skłaczania wykonywany w osoczu.
3. Odczyn Biernackiego (określanie szybkości opadania krwinek).

Wymienione odczyny wykonywali dość liczni autorzy w sposób rozmaity.

Daranyi n. p. wykonywał odczyn »skłaczania« w surowicy, poddając ją działaniu rozcieńczonego wyskoku i ciepła, a w zależności od tego, jak szybko występowało »skłaczanie«, oznaczał wyniki dodatnie ilością znaków +.

Frisch i Starlinger, Sachs i Oetingen i inni wykonywali odczyn »skłaczania« w osoczu przez dodawanie nasyconego roztworu soli kuchennej, lub pół nasyconego roztworu $(NH_4)_2\ SO_4$, wreszcie przez zwykłe podgrzewanie w łaźni wodnej w przeciągu 5 min. przy ciepłocie 55° C.

Gaza v. Gerloczy w celu otrzymania »kłaczków« w osoczu używał dwóch czynników:
1. izotonicznych roztworów soli obojętnych o coraz silniej działających anjonach według skali Hofmeistra i
2. ciepła [2])

Wszystkie tu wymienione odczyny »skłaczania«, jak i odczyn Biernackiego (określanie szybkości opadania c. czerwonych) nie są jeszcze, jak już wspominałem wyzyskane dla celów kliniczno-rozpoznawczych. Większość jednak autorów sądzi, że wypadają dodatnio przeważnie w tych cierpieniach, w których mamy do czynienia z nadmiernym rozpadem tkankowym w ustroju.

Zajmując się od pewnego czasu odczynami »skłaczania« zdanie to w zupełności potwierdzam. Jednakże przypuszczam, że przez wykonywanie tych odczynów na dużym materjale klinicznym możnaby jeszcze wyjaśnić wiele ciekawych zagadnień, a nawet, być może, wyzyskać dla celów rozpoznawczych.

Nie wiadomo dotąd zupełnie jak się zachowuje w ustroju »chwiejność koloidowa« osocza: 1. pod wpływem najrozmaitszych bodźców (farmakologicznych, cieplnych, świetlnych i t. p.); 2. jak się zachowuje w przebiegu choroby i zdrowienia; 3. jak się zachowuje pod wpływem przyjmowania pokarmów; 4. jaki stosunek zachodzi pomiędzy »chwiejnością koloidową« a *crise colloidoclasique* Vidala; 5. jak się zachowuje pod wpływem drażnienia wegetatywnego systemu nerwowego i t. d i t. d.

Zdaje mi się, że tą drogą możnaby wyjaśnić cały szereg ciekawych zagadnień.

Jednakże do celów powyższych istniejące obecnie próby nie nadają się zupełnie, a to z przyczyn następujących: 1. wymagają dość dużej ilości krwi, pobieranej każdorazowo z żyły, co uniemożliwia częste wykonywanie odczynu; 2. zajmują dość dużo czasu.

Starałem się więc zastosować taką metodę wykonywania odczynu »skłaczania«, którąby wymagała zaledwie kilku kropli krwi, pobranych z palca i którą by się dało wykonać możliwie szybko.

Wychodząc z założenia, że wzmożona »chwiejność koloidowa« ma zależeć od »czynnika zlepiającego« [3]) uważam, że należałoby sądzić o niej według ilościowej zawartości tego »czynnika« we krwi. Dzięki niemu mogą się wytwarzać coraz większe cząstki białkowe przez zlepianie się ich aż do rozmiarów widzialnych nieuzbrojonem okiem »kłaczków«, dzięki niemu mają się też zlepiać c. czerwone i tem samem szybko opadać. »Czynnik« ten powinien obniżać napięcie powierzchniowe i zwiększać lepkość osocza, a tem samem adsorbować się na powierzchni c. czerwo-

[1]) Praca ta ma się ukazać w zeszycie 4-tym tomu I. Polskiego Archiwum medycyny wewnętrznej.

[2]) Sposoby wykonania wszystkich tu podanych odczynów znajdzie czytelnik również w pracy mojej »*Badania fizykalno-chemiczne własności surowicy i osocza.*

[3]) Dokładny opis wprowadzonego przezemnie pojęcia »czynnika zlepiającego« znajdzie czytelnik w pracy »*Badania fizykalno-chemicznych własności i t. d.*

nych. Wreszcie, o czem w wyżej podanej pracy wspomniałem, ma wykazywać swe działanie nawet w znacznem rozcieńczeniu.

Uważam więc, że w celu wykonywania »odcz. skłacz«. nie należy używać dużej ilości krwi i że wystarczy w zupełności ilość niewielka, byle tylko »czynnik zlepiający« był zmyty z powierzchni c. czerwonych. Aby zaś sądzić o ilości tego »czynnika« należy posiłkować się sposobem rozcieńczania, podobnie jak to czynimy przy wykonywaniu odczynu Vidala. Jeżeli n. p. utworzą się »kłaczki« w 4-krotnem rozcieńczeniu, to znaczy, że »czyn. zlep.« jest dużo, jeśli zaś utworzą się tylko w 2-krotnem to znacznie mniej i t. d.

Przemywanie krwinek uskutecznia się zapomocą wirowania kilku kropli krwi, zmieszanych z roztworem cytrynianu sodowego, przez co zapobiega się jednocześnie krzepnięciu i tem samem adsorbowaniu »czyn. zlep.« na cząsteczkach włóknika.

Przyjmując pod uwagę wyżej wymienione dane, odczyn przezemnie proponowany należy wykonać w sposób następujący:

Do probówki służącej do wirowania wlewa się 0,4 cm³ 2%-go roztworu cytrynianu sodowego, a następnie 0,2 cm³ krwi (10 pipet od haemoglobinometru Sahli'ego), pobranej z palca przez zwykłe nakłucie igłą Francka. Po dokładnem zmieszaniu i odwirowaniu zawartości probówki (wirować zwykle nie potrzeba dłużej niż jedną minutę na elektrycznej lub ręcznej wirówce), c. czerwone zajmują niewielką objętość na dnie probówki, nad niemi zaś znajduje się lekko opalizujący, bezbarwny lub żółtawo zabarwiony płyn. Płyn ten rozdzielamy pipetą do 4-ch małych probówek, (mniej więcej 8 cm wysokości, 8 mm szerokości), a następnie do każdej z nich, prócz pierwszej, dodajemy fizjologicznego roztworu soli kuchennej w następującym stosunku:

Probówka	1	2	3	4
Opalizujący płyn	0,2 cm³	0,1 cm³	0,05 cm³	0,05 cm³
Fizjol. roztwór Na Cl.		0,1 cm³	0,1 cm³	0,15 cm³

W ten sposób w pierwszej probówce otrzymujemy płyn nierozcieńczony, w drugiej rozcieńczony dwukrotnie, w trzeciej trzykrotnie w czwartej czterokrotnie.

Wszystkie probówki umieszczamy w łaźni wodnej przy + 52° C na przeciąg 3 min., jednakże po upływie każdej minuty należy je wyjmować i wstrzasając zawartość przez uderzanie palcem po probówce, obserwować pojawiające się »kłaczki«. Gdyby się »kłaczki« jeszcze nie utworzyły, należy ciepłotę doprowadzić do 54° C również na 3 min., jednakże sprawdzając co minutę przez wstrząsanie zawartości probówek. Podgrzewanie wymaga szczególnej uwagi, gdyż przegrzanie powoduje ścinanie białka i »kłaczki« nie uwydatniają się wcale.

Należy zwracać uwagę jedynie na »skłaczanie«, zmętnienie roli nie odgrywa. W zależności od tego, w ilu probówkach nastąpiło »skłaczanie«, oznaczamy tyloma znakami + n. p. »skłaczanie« w pierwszej probówce +, w dwu pierwszych ++ i t. d. Rozdzielanie płynu do 4-ch probówek najwygodniej wykonać pipetą Wright'a, którą szykujemy sobie zawczasu oznaczając na niej objętości równe 0,05 cm³, 0,1 cm³, 0,2 cm³.

Przy pewnej wprawie jedno oznaczenie nie wymaga więcej czasu ponad 15 minut. Można także wykonywać odrazu serje oznaczeń (10 lub więcej).

U ludzi zdrowych odczyn ten wypada zupełnie ujemnie, t. j. »skłaczania« nie otrzymujemy wcale. Najbardziej dodatnie wyniki otrzymywałem w gruźlicy rozpadowej, włóknikowem zapaleniu płuc, ostrym gośćcu stawowym i w nefrozach. Zupełnie ujemne wyniki otrzymywałem między innemi w cukrzycy i w chorobach wątroby.

Dotychczas zbadałem zapomocą podanego odczynu 70 przypadków, a otrzymane wyniki przedstawiają się w sposób następujący:

1. **Gruźlica rozpadowa płuc** — 12 przypadków,
   z czego 10 ++++
   2 ++ (w tych dwóch przypadkach jednocześnie »*haemoptoe*«).
2. **Nieżyt szczytów** — 3 przypadki. (Stan lekko podgorączkowy) wszystkie ujemne —
3. **Rak** — 5 przypadków, z czego 1 rozpadający się rak żołądka z licznemi przerzutami ++++
   1 rak przełyku ++
   1 sutki z przerzutami do opłucnej (krwawy płyn w opłucnej) —
   1 wargi dolnej poczynający się —
   1 „ „ daleko posunięty +
4. **Włóknikowe zapalenie płuc** — 3 przypadki, wszystkie ++++
5. **Wysiękowe zapalenie opłucnej** — 3 przypadki,
   z czego 1 ++++ (w okresie ostrym)
   1 +++ (trwające dłużej)
   1 ++ (trwające jeszcze dłużej).
6. **Choroby wątroby** — 4 przypadki,
   z czego 1 *icterus catarrhalis*
   1 *hepatitis luctica*
   1 kamica z żółtaczką
   1 marskość zanikowa (*ascites*)
   wszystkie ujemne (—)
7. **Cukrzyca** — 7 przypadków (wszystkie ciężkie), wszędzie odczyn ujemny —
8. **Gościec stawowy** — 4 przypadki,
   z czego 3 ostry ++++
   1 podostry ++
9. **Choroby serca** — 3 przypadki, wszystkie niewyrównane wady sercowe z obrzękami i wątrobą zastoinową
   z czego 2 +
   1 —
10. **Choroby krwi** — 1 przypadek, *Leucaemia myelog.* —
11. **Choroby nerek** 5 przypadków,
    z czego 1 *nephritis chron.* ++
    1 „ *interstic.* ++
    2 *nephrosis* ++++
    1 *nephrit. chron.* —
12. **Choroby narządów trawienia** — 3 przypadki,
    z czego 1 *ulcus duodeni* +
    2 *catarrhus acid. ventr.* —
13. **Cierpienia rozmaite** — 11 przypadków,
    z czego 1 *haemoglobinuria paroxysmalis* —
    1 histerja —
    1 *tumor mediastini* (*lymphosarcoma*) +
    1 *hemiparesis dextr. Lues* —
    1 *sepsis puerp.* —
    1 *parametritis, cystitis* ++
    1 *endometritis* —
    1 *bronchitis putrida* +
    1 *hypernephroma* (?) +++
    2 *proces. atheromat.* +
14. **Zdrowi** — 6 przypadków, wszystkie ujemne (—)

Na zasadzie podanych tu przypadków niepodobna jeszcze orzec, jaką dany odczyn posiada wartość kliniczno-rozpoznawczą, i być może dopiero dalsze badania sprawę tę rozstrzygną.

Jednakże, zestawiając wyniki otrzymane zapomocą istniejących dotychczas prób »skłaczania«, z wynikami, jakie daje próba, przezemnie zastosowana, widać, że pod względem ścisłości nie ustępuje ona w niczem istniejącym dotychczas. Co się zaś tyczy równoległości w występowaniu »skłaczania« i sedymentacji, to trzeba przyznać, że chociaż w przeważającej większości przypadków równoległość ta istnieje, w niektórych jednak »skłaczanie« z sedymentacją może nie iść w parze, co zależeć prawdopodobnie będzie od c. czerwonych, a nie od osocza.

Równoległość w występowaniu »skłaczania« i sedymentacji uwidoczniona jest dla przykładu na niżej podanej tabliczce.

Zdaje mi się, że próba ta przez wzgląd na bardzo proste i szybkie jej wykonanie, wymagające zaledwie kilku kropli krwi, co umożliwia badanie serjami, może znaleść

szersze zastosowanie zarówno dla celów klinicznych jak i doświadczalnych.

Liczba porządkowa	ROZPOZNANIE	Próba Daranyi'ego	Próba Biernackiego	Próba zastosowana przezemnie
1	Marja M. l. 32 *Icterus catarrhal.*	—	10 mm	—
2	Helena W. l. 25. *Tbc. pulmon. destructiva.*	++++	60 mm	++++
3	Józefa W. l. 32. *Tbc. pulmon. destructiva.*	++++	55 mm	++++
4	Marja O. l. 20. kamienie żółciowe (żółtaczka znikająca).	++++	50 mm	+++
5	Antonina K. l. 30. *pneumonia crup.*	++++	60 mm	++++
6	Stanisław Ż. l. 20. *hepatitis luetica.*	+	11 mm	—

Piśmiennictwo.
1) Herzfeld i Klinger. Biochemische Zeitschrift. T. 83. 1917. — 2) Frisch i Starlinger. Medizinische Klinik. 1921. T. 38, 39. — 3) Daranyi. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1922. Nr. 17. — 4) Sachs i Oetingen. Münchner Medizinische Wochenschrift. 1921. Nr. 12. — 5) Gaza von Gerloczy. Klinische Wochenschrift, Nr. 43. 1922.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Kilka uwag w sprawie współczesnego pojęcia czynności wegetatywnych.

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Układ wegetatywny różnie bywa określany. Zależy to od tego, która z wielu definicji tego systemu zostaje przyjętą. Potężny kierunek badań współczesnych rozszerzył horyzont wiedzy w tę stronę, połączył wiele rozrzuconych dotychczas zjawisk, dał nam pojęcia nowe i zespolił system wegetatywny z układem gruczołów wkrewnych w jedną nierozerwalną całość. Dziś wiemy, że każdy narząd i każda komórka bierze udział w wydzielaniu wewnętrznem, że w każdym narządzie, a niewątpliwie i komórce, są mechanizmy obwodowe, działające w sensie funkcji wegetatywnych. Cały ustrój, to zbiór jednostek dających się czynnościowo zaliczyć do systemu wkrewno-wegetatywnego w ściśle biologicznem rozumieniu. O ile chodzi o zjawiska miejscowe, związane z określoną czynnością narządu, to, z natury rzeczy musi się mieć na oku nietykalność pewnych dróg nerwowych, ale zjawiska ogólne, o których mowa, jak przemiana materji, anafilaksja, odporność i i., mają tyle punktów zaczepienia, tyle dróg najrozmaitszego rodzaju, że dla nich istnieją pojęcia wegetatywne tylko tak ogólne jak ich przyroda.

Wobec zdań wypowiedzianych poprzednio można sobie zadać pytanie, jak ocenić 2 systemy wegetatywne, o których ciągle się mówi i określa jako parasympatyczny i współczulny. Systemy te istnieją, bo świadczą o tem dwa rodzaje czynności ustrojowych, ale ścisłe umiejscowienie każdego z nich jest nader trudne do określenia. Ośrodki centralne główne leżą bezwątpienia w ciałach prążkowanych i międzymóżdżu, drugorzędne i dalsze zaś w reszcie układu nerwowego, z ośrodkami obwodowemi włącznie. Nie są one bynajmniej ściśle rozgraniczone i wyjąwszy m. i. guz popielaty oraz jądro Edingera, dają tylko z trudnością jasno określić ścisłą przynależność do danego poddziału. Nawet jądro nerwu błędnego sąsiaduje bezpośrednio z zaliczanemi doń nieraz komórkami, wysyłającemi bodźce współczulne. O nerwach wegetatywnych możemy dziś powiedzieć, że są wszystkie mieszane, w jednych jest więcej dróg parasympatycznych, w innych zaś współczulnych. Zjawisko to jest nader ważne i konieczne dla zabezpieczenia ustroju przed wielu ujemnemi następstwami zaburzeń w przewodnictwie. Bardzo trudną jest sprawa wegetatywnych zakończeń. Aby je poznać trzebaby wniknąć w budowę każdej komórki, bo w każdej tkwi aparat oddziaływujący na bodźce wegetatywne. Centra są konieczne dla koordynacji zjawisk biologicznych, mechanizmy obwodowe kierują przemianą materji każdej komórki. Biologicznie pojęta wegetatywna izolacja nie uda się nigdy! Nawet po wyłuszczeniu obwodowych zwojów nerwowych nie usuniemy tych elementów, które kierują każdą komórką, o ile ta dostaje drogą krążenia odpowiednią ilość substancji chemicznych, potrzebnych jej do życia w możliwych dlań warunkach

Wspomina się często o synergizmie wago-sympatycznym. Zdaje się jednak, że pod jego postacią należy też po części rozumieć i sprzężenie biochemiczne pewnych procesów. Energja dyssymilacyjna służy dla assymilacji, siły chemiczne samorzutne, kierujące ruchem jonów, mogą iść w innym kierunku niż chemoreakcje życiowe, kierowane bodźcami wegetatywnemi, elektroendosmoza, zależna od życiowego przemieszczenia określonych jonów, wywołuje nieraz efekt przeciwny niż zwykła. Niektóre funkcje inkretoryczne mogą pobudzać cały system wegetatywny, a stąd nastaje współpraca jego poddziałów uwarunkowana swoistem nastrojeniem względem nich poszczególnych narządów. Życie, to wynik działania energji mogącej wywołać skutki odmienne od bezwładnych reakcji chemicznych *). Skoro dowóz jej ulegnie zmianie, wychodzą nieraz na jaw te ostatnie, regulując pozornie różne zjawiska przez swe samorzutne działanie. Prócz dążenia do trwałej równowagi mogą im też służyć i pewne bodźce biologiczne ułatwiające to dążenie a dostarczane głównie przez system współczulny. *Parasympaticus* zużywa energję dyssymilacji dla celów assymilacyjno-twórczych, kieruje procesami oddalającemi substrat od równowagi chemicznej, gromadzi zapasy energetyczne a do tego potrzebuje sił dostarczanych przez współczulnie uwarunkowane procesy rozpadowe. Takiemu synergizmowi omawianych układów chyba nikt nie zaprzeczy!

Przejdę do gruczołów wkrewnych. Są to narządy, których funkcją jest wydzielanie wewnętrzne w odróżnieniu od innych organów, które obok wydzielania wewnętrznego mają i swoistą czynność (mechaniczną, chemiczną czy inną). Jak każdy narząd, tak i one otrzymują podniety do funkcji drogą nerwową i chemiczną. O kwestję hormonów

---

*) Zdania wypowiedziane przez Crookesa: (v. praca S. Tołłoczki: Co to są elektrony, 1905, str. 81) — zestawione ze współczesnemi poglądami na budowę atomu i stosunku elektronów do energji, nasuwa szereg myśli dotyczących »materjalizacji energji« i »energetyzacji materji« jako 2 procesów istniejących w przyrodzie. Stosunek energji luźnie związanej z materją, jako potencjalna, do tej, która tkwi w samej materji, a zwłaszcza do stanów pośrednich, zdoła, może choć po części, wytłumaczyć rolę układu wkrewno-wegetatywnego jako zbiornika swoistej energji życiowej, ważnej w nastawianiu życia osobniczego na pewien okres czasu, bez względu na sumę energji przez ustrój w ciągu jego życia przepływającej. Problemy te nader ciekawe, dalekie są niezmiernie od ostatecznego rozwiązania, o ile to kiedyś będzie w stanie nastąpić. Interesujące szczegóły z biologicznej energetyki podaje Danysz w pracy swej dotyczącej energji psychicznej.

może za wcześnie jeszcze zbytnio się spierać. Chwila ostatecznego ich poznania jest jeszcze bardzo daleka. Biochemik, chcący dziś czegoś dociec w tej sprawie, błądzi jeszcze w nieskończonym, zda się, labiryncie zjawisk. Eksperymentator, morfolog, histolog i klinicysta, złączeni razem, łatwiej tu znajdą drogę, operując metodami, omijającemi odrazu wiele niewiadomych. Że pewnym ciałom, uważanym dziś za hormony, przypisuje się obecnie funkcje, w których one podrzędną tylko grają rolę — temu trudno kategorycznie zaprzeczyć. Swoiście czynne substancje działają często już w miljardowych rozcieńczeniach i nic dziwnego, że mogą ujść uwadze badacza-chemika, choć biologicznie ich obecność nie da się zakwestjonować. To, że przeważna część ciał czynnych daje się wywieść z aminokwasów, względnie niezbyt trudno odczepialnych przy trawieniu od drobiny białka — nie zdaje się być przypadkowym zbiegiem okoliczności. Substancje mocno działające mogą być zmodyfikowanemi odpowiednio (utlenienie, uwodorowanie, metylowanie, jodowanie i i) aminokwasami, trzymającemi się jeszcze drobiny białka, możliwie, że stojącemi w łańcuchach bocznych. Oderwanie od białka może i być wzgl. dość oporne (tyroxyna) lub — co częściej — łatwe, w ostatnim przypadku nawet już pod działaniem CO_2 (adrenalina). Czasem potrzeba do działania większych odrywków drobiny białkowej, natury wielopeptydowej (subst. z przysadki), kiedyindziej tkwi ciało czynne w dużym kompleksie, mającym naturę zbliżoną do początkowych przetworów hydrolizy białka. Możliwe też, że hormonom przypisuje się pewne czynności zależne od enzymów (katalizatorów) komórkowych lub też ich systemów

Lipoidy nie są też bez znaczenia. O zjawiskach czysto fizykalnych musi się tu także myśleć. Utożsamienie hormonu z funkcją gruczołu wkrewnego jest bezsprzecznie pewnem, pozornem wprawdzie, uproszczeniem nomenklatury biologicznej. Dzisiejsze systemy gruczołów dokrewnych są odmienne od poprzednich. Podział na grupę wagotoniczną i sympatykotoniczną, bez postaci pośrednich, jest równie niemożliwym, jak znalezienie nerwów wegetatywnych, ściśle jednostronnie nastrojonych. *Sympaticus* i *parasympaticus* przedstawiają nie tylko system wegetatywny kierowniczy, ale i dwa zespoły inkretoryczne, współpracujące z resztą układu hormonopoetycznego. Narządy odpowiednio wegetatywnie nastrojone wytwarzają przeważnie inkrety zgodne z ich nastrojem.

Ciała wytwarzane w komórkach przy procesach dyssymilacyjnych mają nieraz pewne wegetatywne działanie, ale częściej stanowią dopiero materjał dla wytwarzania właściwych drażników. Drażniki te pojawiają się bądźto w gruczołach dokrewnych właściwych, bądźto w samych narządach. Seryna, zjawiająca się przy rozpadzie białka, przetworzona w korze nadnercza w cholinę, służy jako materjał do wyrobu potężnej acetylocholiny przez ścianki jelitowe wzgl. elementy wegetatywne. Z tyrozyny tworzy się tyramina, z niej przez utlenienie i metylowanie adrenalina, silny drażnik sympatykotoniczny, zwłaszcza wobec uczulenia inkretem przysadki i multiplikacji działania przez tyroxynę. Histamina, produkt dekarboxylacji histydyny, działa na elementy komórkowe w sensie parasympatykomimetycznym, wywołanym może po części osłabieniem mechanizmów komórkowych typu współczulnego.

Prócz drażników i ciał drażnikotwórczych, wydzielają komórki i substancje wpływające na układ wkrewno-wegetatywny drogą bardzo złożoną. Związki te przez zawiłą drogę uczulań, odczulań, i innych procesów, są w stanie zmieniać każdoczasowo „formułkę inkretoryczną“ dla wywołania pewnego ogólnie biologicznego celu.

Co się tyczy systemu nerwowego, to jest on narządem, który kieruje czynnościami ustroju. To jest jego f u n k c j a — a prócz niej wydziela pewne ciała do krwi, otrzymuje bodźce chemiczne z reszty ustroju, a wraz z naczyniami wchodzą doń włókna nerwowe wegetatywne, dowożąc mu podniety powstałe gdzieś w obrębie systemu wegetatywnego, w ścisłem współdziałaniu z układem gruczołów wkrewnych w powyższy sposób pojętym. Komórka nerwowa ma za zadanie bądźto odczuwać pewne bodźce, bądźto wysyłać impulsy odśrodkowe, bądź też brać udział w assocjacji psychicznej. Prócz tego jest ona komórką jak inne, wydziela wewnętrznie i ma w sobie obwodowe mechanizmy wegetatywne.

Zdanie, iż cały ustrój przenikają ściśle elementy składające się na dzisiejsze pojęcie układu wegetatywnego, potwierdza współczesna nauka.

Funkcja komórki, jako odpowiedź na bodziec do pracy, musi się łączyć z produkcją energji, a stąd być nieraz reakcją różną od tych podniet, które regulują przemianę materji *Parasympaticus* najogólniej pojęty wpływa na ustrój w sensie wzrostu assymilacji, pewne zaś ruchowowydzielnicze bodźce z ośrodków nerwu błędnego wychodzące, odnoszące się do funkcji pewnych komórek, są podnietą do nadczynności i muszą, w odniesieniu do tych komórek, wywołać wzrost dyssymilacji. Jeśli zjawią się bodźce parasympatyczne dla assymilacji, może dyssymilacja być wyrównana przez wzrost endotermicznych syntez i przyswajania i doprowadzić przez sprowadzenie równowagi do normalnej czynności, poprzednio przez ośrodki niższe wagotoniczne zakłóconej, w kierunku nadczynności. *Parasympaticus*, jako system kierowniczy ruchowo-wydzielniczy, a *parasympaticus* jako wyraz sumy czynności assymilacyjno-twórczych — to 2 pojęcia, bardzo różne w odniesieniu do całokształtu objętych przez nie zjawisk.

Pojęcie drugie jest nieporównanie szersze od pierwszego Nicią łączącą wspomniane systemy są pewne odczyny im wspólne, a występujące pod wpływem niektórych ciał wybiórczych. Wspólność tych względnie niewielu reakcji nie dowodzi identyczności czynnościowej obu układów i konieczności stałego łączenia ich ze sobą.

Bodźce parasympatyczne łagodzą patologicznie wzmożoną dyssymilację, a że taką lokalną hyperdyssymilacją jest zapalenie, łagodzą je. Niektóre zapalne produkty rozpadu są parasympatyczne a stąd jedno zapalenie może drugie uśmierzać. Parasympatyczna przyroda wytworów zapalnej hyperdyssymilacji może też mieć miejscowe znaczenie dla rozszerzenia naczyń, wzrostu ich przepuszczalności, wzrostu ilości globulin i i.

Zbierając wszystko, wyrzec dziś można zdanie, iż niema zjawiska w fizjologji i patologji, nie pozostającego w pewnej zależności od funkcji systemu wkrewno-wegetatywnego. Szczegóły w odniesieniu do ostatniego zagadnienia podałem w pracach mych poprzednich — tu poruszyłem pojęcie samo. Mówi się o niem wiele, lecz jak długo nie ustali się pogląd na system czynności wegetatywnych ustroju, jak długo definicja jego nie będzie jak najszerzej ujętą, tak długo zjawiać się będą zdania, ujemnie wobec systemu wegetatywnego nastrojone. System ten istnieje, lecz w pojęciu jak najszerszem, w takiem, jakie powyżej nakreśliłem. Dla badacza tak oceniającego sprawę, otwiera się szeroki zakres badań, w czasie których nie natrafi na pewno na sprzeczności z definicją czynności wegetatywnych i przeszkody w ujmowaniu biologicznych zjawisk.

Piśmiennictwo

(odnoszące się do układu wkrewno-wegetatywnego względnie do problemów mających łączność z omawianym tematem):

1) Aschner. W. kl. W. 1908. H. 44. — 2) Asher. Kl. W. 1922. 31. 50. — 3) Anton. Zj. przyr. i lek. w Karlsbadzie 1902. 22-28. IX. — 4) Abelin. Kl. W. 1923. 49. — 5) Biedl. Innere Sekretion. Wien. 1910. — 6) Bauer. Arch. f. kl. M. 1912. B. 107. — 8) Brüning. Kl. W. 1923. 2. 17. 50. — 8) Bauer. Med. Kl. 1923. 13. — 9. Bauer. Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. 1921. — 10. Brugsch-Dresel-Lewy. Ztschr. f. exp. Pat. B. 21. 25. — 11) Böwing. Pos. (w) Erlangen 1923. 13. XII. — 12) Büchler. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. B. 80. H. 4.5. 1922. — 13) Bloch. Kl. W. 1922. 4. — 14) Billingheimer. D. Arch. f. kl. Med. T. 136. 1. 2. — 15) Bolognes. Journ. d'Urol. 3. T. XII. — 16) Bissinger, Lesser, Zipf. Kl. W. 1923. 49. — 17) Carrére. Arch. d'Opht. T. XXXVIII. 4. 1921. — 18) Carnot, Koskowski, Libert. P. Gaz. L. 1922. 26. — 19) Czubalski. Arch. f. Pat. u. Pharm. B. 75. — 20) Czubalski. Arch. f. ges. Physiol. 1913. B. 121. — 21) Danysz. Teorja ch. zakaźnych i niezak. (tł. W. Moraczewski) 1921. — 22) Dixon. Journ. of Physiol. Vol 57. 1923. 129. — 23) Eppinger-Hess. Die Vagotonie. 1910. — 24) Eppinger-Hess. Ztschr. f. kl. Med. 1909. B. 67. 68. — 25) Eppinger-Falta-Rudinger. Ztschr. f. kl. M. 1908. B. 66. 67. — 26) Ehrmann-Dinkin. Kl. W. 1922. 43. — 27) Ehren-

berg. R. Theor. Biologie vom Standpunkte der Irreversibilität des elementaren Lebensvorganges. 1923. — 28) Falta-Neuburgh-Nobel. Ztschr. f. kl. M. 1911. 72. — 29) Fameune. L. Pr. Médicale 1921. 68. — 30) Franke. Tyg. lek. lw. 1913. — 31) Gardemann. Ztschr. f. exp. Pat. u. Th. B 12. H. 3. — 32) Glaser. M. Kl. 1922. Nr. 22. — 33) Gutowski B. P. Gaz. L. 1923. 26. — 34) Godlewski. Le Journ. Médic. Français. T. XI. 8. 1922. — 35) Gessler. Kl. W. 1923. 25. — 36) R. Glénard. L. Pr. Médicale 1923. 18. — 37) Hamburger. Kl. W. 1923. 28. — 38) Hornowski J. a) Nowiny lek. 1912. b) Tyg. lek. lw. 1912. c) Tyg. lek. lw. 1913. 37-40 i 40-46. d) Pos. Tow. lek. lw. 1914. 27. II. i Pos. Tow. lek. warsz. 1923. 17. IV. — 39) Hülse. Kl. W. 1923. 2. — 40) Hall. Paris Masson. 1921. 361. — 41) Heidenhain M. Formen und Kräfte in der lebenden Natur 1923. — 42) Katsch. Ztschr. f. exp. Pat. u. Th. 1913. B. 12. — 43) Krehl-Isenschmidt. Arch. f. exp. Pat. u. Th. B. 69. — 44) Kraus-Zondek. Kl. W. 1922. 36. — 45) Kendall. L. Pr. Medic. 1917. 59. — 46) Kendall. Endocrinology 1919. T. 3. — 47) Koskowski W. a) C. R. Académie des sciences 1922. b) Rozpr. Wydz. mat. przyr. Pol. Ak. Um. Ser. B. T. LIX. — 48) Koskowski W. i Kmietowicz F. Exp. des Comptes rendus de séances de la Société de Pologne. T. LXXXIX. p. 511. — 49) Koskowski W. i Maigre E. P. Czasop. lek. 1921. 13. — 50) Koskowski W. i Steusing Z. P. Gaz. L. 1922. 52. — 51) Mierzecki H. P Gaz. lek. 1924. 2. — 52) Müller L. R. Das vegetative Nervensystem. — 53) Müller L. R. a) D. Arch. f. kl. M. 1907. B. 89. b) tamże 1910 11. B. 101. c) D. med. W. 1911. 13. d) M. med. W. 1922. — 54) Moro. a) Kl. W. 1923. 49. b) Breuers Beitr. 1923. S. 4. H. 3. — 55) Moltor-Pick. Kl. W. 1913. 49. — 56) Miller R. Virch. Arch. 1922. P. 236. — 57) Petrén-Thorling. Ztschr. f. kl. M. 1911. 78. — 58) Parnas J. K. Chemja fizjologiczna Cz. I. 1922. — 59) Popielski. a) Pfl. Arch. B. 121. b) Arch. f. d. ges. Physiol. 1909. B. 128. c) Ztschr. f. Imm. u. exp. Th. B. XVIII. 1913 d) Zbl. f. Physiol. 1913. e) Przegl. lek. 1912. 47. i Kl. th. W. 1913. f) Ks. pam. 25 l. Wydz. lek. lw. 1920. str. 68, 70, 72, 73. g) Pos. T. lek. lw. 1914. 3. III. h) Pos. sekcji neurol.-psych. lw. Tow. lek. (Tyg. l. lw. 1912. 341). — 60) Rubino-Varela. Kl. W. 1922. 48 i 1923. 11. — 61) Rich. Bull. of the Hopkins Hosp. 1923. III. — 62) R. Rencki. P. Gaz. l. 1922. 24. 25. — 63) Rothlin-Gundelach. Archives int. de Physiologie 1921. — 64) Siebeck. Kl. W. 1922. 50. — 65) Spiro. Kl. W. 1922. 24. — 66) Siegmund. Kl. W. 1922. 52. — 67. Sézary. L. Pr. Méd. 1922. — 68) Sohn. P. Gaz. L. 1923. 25. — 69) Steusing Z. Arch. C. II. 4. — 70) Sabatowski. Klimatoterapja oraz hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa 1923. Str. 16-31, 61-64, 108-114, 148-162. — 71) Stern. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1922. 4. 5. — 72) Sochański H. a) Przegl. l. 1917. 10, 11. b) K. pam. 25 l. Wydz. l. lw. 1920. str. 107-116. c) Tyg. l. lw. 1920. 10, 11. d) P. Czasop. l. 1921. 10-13. e) P. Gaz. L. 1922. 39, 40; 1923. 5. 27. f) P. Arch. Med. wewn. Nr. 2, 3. — 73) Toenniessen. Kl. W. 1923. 11; 1924. 6. — 74) Wittkower E. Kl. W. 1923. 10. — 75) Zondek. Kl. W. 1923. 9. — 76) Ziembicki W. Tyg. lek. lw. 1914. 7. 10.

Z prac odzwierciedlających całokształt funkcji systemu wkrewno-wegetatywnego v.: L. Korczyński: a) O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem (Przegl. l. 1913). b) Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych (Przegl. l. 1914). Prócz wspomnianych dotykają omawianych problemów prace: Loewiego (Arch. f. exp. Pat. u. Pharm. 1908. B. 59). — Lichtwitza (Kl. W. 1922. 45). — Olmsted, Gay'a (Arch. of int. Med. T. 29. N. 3. III. 1922). — Lereboulleta (Le Journ. Méd. Français 1912. 8). — Kinlaya (Arch. of int. Méd. V. 28. 6). — Fruhinsholz-Parisota (Gyn. et obst. T. IV. 1921). — Lyona (Brit. med. Journ. 1923. 3258). — Löhra (Kl. W. 1923. 50). — Oehme'go (Kl. W. 1923. 1). — Schiffa, Bohnenkampa, Baxa, Jendrassika, Raaba, Terplana, Wolfa, Borchardta, Rosenthala, Holzera, Mauthnera, Widala, Versona, Engla, Ransoma, Mollgaarda, Thorela, Buddego, Kondrackiego, Thomy, Cannona, Dahla, Rennera, Washburga, Wilsona, Ramströma, Higiera, Greka, Dziembowskiego, Manwaringa, Roux, Richeta, Robertiego, Lumière, Kopaczewskiego, Landsberga, Martineta. Vollmera, Fultona, Arnoldiego, Leschkego, Döllkena, Gröera, Freudenberga, Wallace, Pellini'ego, Filińskiego, Rzętkowskiego, Thurlowa, Görgy'ego, Janney'a, Grafego, Bergmanna, Renarda, Mansfelda, Legiardi Laur, Leysera, Lewrentiewa, Unverrichta, Wollenberga, Wernera, Boenheima, Bru, Abelina, Scheinfinkla, Sanda, Dünnera, Joëla, Hildebrandta, Petersena, Hekmy, Wöhlischa, Rosenberga M., Friedbergera, Rheinboldta, Ricci'ego i w. i.

M. BLASSBERG, B. JOFFE i S. LIWSZYC. Kraków.

Przyczynek do stosowania insuliny i oznaczania cukru we krwi.

(Z Oddziału wewnętrznego I. B. Szpit. Św. Łazarza w Krakowie. Prymarjusz Dr. A. Krokiewicz.)

Doniesienie tymczasowe.

Pan A. N. liczący lat 57., urzędnik, zgłosił się na oddział wewnętrzny I. B. Szpitala Św. Łazarza z cukrzycą, prosząc o leczenie oryginalną insuliną Richtera (Budapeszt), którą przyniósł ze sobą. Podaje, że w domu nie przeprowadzał racjonalnej djety przeciw-cukrzycowej.

Badanie przy przyjęciu wykazało: Stan podgorączkowy 37.4, wychudzenie znaczne, skóra i powłoki blade, suche, dość wiotkie, waga ciała 53 kg 200 gr. W lewym szczycie płuc objawy rozległego nacieku gruźliczego. Tony sercowe głuche, na lewej górnej granicy serca słyszalne tarcie opłucnowo-osierdziowe. Tętno 96 miarowe. Wątroba powiększona. Kilkakrotne badanie plwociny ropnej i pieniążkowej na prątki Kocha z wynikiem ujemnym. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Podmiotowo: wzmożone pragnienie, suchość w ustach i ogólne osłabienie znacznego stopnia. Ilość moczu dobowa 3200 cm³. C. g. 1,031. Ilość cukru (polarymetrycznie) 5%, aceton wybitnie dodatni, kwas aceto-octowy wykazalny, białka brak. Objawów śpiączkowych, względnie przedśpiączkowych żadnych nie stwierdzono. Ponieważ chory dotychczas nie stosował odpowiedniej djety, przeto zastosowano u niego wprzód próbną djetę w postaci jednego dnia głodowego, 2-ch dni jarzynowych i 4-ch dni bezwęglowodanowych. W dniach bezwęglowodanowych dostawał chory w pokarmach około 3100 ciepłostek, t. j. ilość, którą Allen podaje przy cukrzycy powikłanej z gruźlicą. Wprawdzie pod wpływem dnia głodowego i pierwszego dnia jarzynowego cukier z moczu czasowo zniknął, a aceton i kwas aceto-octowy się zmniejszyły, to jednak już w ciągu drugiego dnia jarzynowego i następnych dni bezwęglowodanowych ilość cukru w moczu się potęgowała (0.9—2.5 — 1.5—2, 5—2.8), a aceton i kwas aceto-octowy się utrzymywały. Od 2-go dnia bezwęglowodanowej djety ciepłota ciała podniosła się i wahała między 38.1 a 39.6, okazując typ nieregularny, przerywany, a równocześnie w dolnym płacie prawego płuca rozwinęło się zapalenie płuc i opłucnej. Przez 3 dni po koleji zastrzykiwano choremu dziennie tylko po 2 jednostki insuliny, idąc w tym względzie za wskazówkami niektórych autorów, zalecających próbne zastrzykiwania, dla zabezpieczenia się przed nieuchwytną indywidualną reakcją na insulinę (Strauss i Simon, Krokiewicz). Stan cukru w poszczególnych porcjach moczu był po tych injekcjach: 1-go dnia 3.5%—4%—5% — a w dobowej ilości 4.3%. Drugiego dnia: 5.5%—6%—6% — dobowa 5.6%. Trzeciego dnia 4·6%—4.7%—3.8% — dobowa 4.5%. Ilość dobowa moczu w tych dniach wahała się od 2800—2200 cm³. W następnym dniu zastosowano przed obiadem (o godz. 12·30 w południe), jednorazowo 10 jednostek klinicznych insuliny, poczem badanie poszczególnych porcji moczu wykazało cukru: (5%—4·1%—5%, przy ilości dobowej moczu 1500 cm³, a cukru w ilości dobowej 4.5%. Nazajutrz wstrzyknięto znowu jednorazowo przed objadem 20 jednostek klinicznych insuliny, przyczem badanie jedynej oddanej porcji wieczornej wykazało 4% cukru. Następnego dnia o godz. 8-mej rano chory zmarł, wśród potęgującej się niedomogi sercowej, nie okazując żadnych objawów śpiączki. W ciągu stosowania insuliny objawów niedocukrzenia krwi (hypoglikemji) nie było.

Sekcja zwłok wykazała: Gruźlica rozległa w lewem płucu, o charakterze po części guzowym, po części serowatym, oraz jedna większa i kilka mniejszych jam gruźliczych. Zapalenie włóknikowe opłucnej po stronie lewej. Zapalenie włóknikowo-ropne opłucnej po stronie prawej oraz stan zapalny dolnego płatu prawego płuca w okresie zwątrobienia szarego. Zapalenie wysiękowe osierdzia. Obrzęk ostry śledziony. Obrzęk wątroby. Miażdżyca tętnic.

Przypadek powyższy z powodu krótkotrwałego i niedostatecznego stosowania insuliny nie daje obrazu jej działania, wszelako nasuwa przypuszczenie, że stosowanie insuliny na krótki czas przed śmiercią, o ile pogorszenie stanu wywołane jest u djabetyka przez gruźlicę lub powikłania płucne, a nie przez śpiączkę cukrzycową, najprawdopodobniej nie wywiera wogóle wybitnego działania leczniczego w ustroju, oraz że drobne dawki insuliny nie wywierają wpływu na cukrzycę, ani na acetonurję i nie przeszkadzają narastaniu cukromoczu. Można jednakże przypuszczać, że w naszym przypadku właśnie dzięki insulinie nie przyszło do końcowej śpiączki cukrzycowej. Sprawa stosowania insuliny przy współistniejącej gruźlicy jest obecnie przedmiotem dyskusji klinicystów. Podczas gdy jedni autorowie (Blum, Schwab) przypuszczają, że pod wpływem insuliny anergja cukrzycowa ustępuje miejsca prawidłowej pobudliwości, dzięki której ukryta gruźlica djabetyka przekształca się w czynną gruźlicę, to wielu innych (Allen, Labbé, Cheinisse) nie widzi w gruźlicy przeciwwskazania do stosowania insuliny, ponieważ ona poprawia odżywienie i wagę ciała oraz wzmacnia siły chorego.

W związku z tym przypadkiem chcemy jednak zwrócić uwagę na próbę, pierwotnie podaną przez Wiliamsona (Archiv f. Verdaungskrankheiten Tom. XXXII Strauss-Simon), którą zmodyfikowaliśmy i zastosowaliśmy do przybliżonego

określania stanu cukru we krwi. Chodzi przytem o stwierdzenie cukru w drobnej ilości krwi, uzyskanej przez nakłucie palca lub ucha. Próba ta polega na zmianie barwy alkalicznego roczynu błękitu metylenowego, względnie odbarwieniu tegoż pod wpływem cukru, a także i cukru zawartego we krwi. Wykonuje się ją w sposób następujący: Bierze się 2 wąskie próbówki. Do jednej z nich dajemy 40 mm^3 wody przekroplonej (2 hemokapiliary Sahliego), następnie 20 mm^3 krwi (1 hemokapillar Sahliego), pobranej przez nakłucie palca lub ucha u badanego djabetyka, oraz 1 cm^3 roztworu błękitu metylenowego (1 : 6000), możliwie świeżego, zmieszanego ad hoc z 6% ługiem potasowym w stosunku 25 : 1. Do drugiej kontrolnej próbówki dajemy 1 cm^3 takiegoż roztworu błękitu metylenowego z ługiem, bez krwi lub ewentualnie z dodatkiem 20 mm^3 krwi osobnika niecukrzycowego w 40 mm^3 wody przekroplonej. Obie rurki z błękitnemi płynami po dokładnem zmieszaniu wstawia się do porcelanowej miseczki z wodą i ogrzewa do wrzenia nad palnikiem, unikając wstrząśnień. W 3—4 minuty potem, przy wrzeniu wody, w rurce z krwią przecukrzoną (hyperglikemiczną) płyn odbarwia się i zmienia kolor na żółto-brunatnawy, podczas gdy w kontrolnej rurce z krwią normalną lub bez krwi pozostaje bez zmiany. Przy wstrząśnieniu odbarwiony płyn na nowo błękitnieje. Próba ta daje wynik dodatni przy zawartości cukru we krwi conajmniej około 0·15%. Jeżeli zatem ta próba orjentacyjna wypadnie ujemnie, t. zn. że nie nastąpi odbarwienie z krwią badanego djabetyka, w takim razie zachodzi podejrzenie, że zawartość cukru jest mniejsza niż 0.15%, co stanowi ostrzeżenie, że stan cukru we krwi obraca się w granicach niskich, że zatem zachodzi możliwość niedocukrzenia (hypoglykemji). Dla sprawdzenia wykonaliśmy tę próbę w szeregu doświadczeń, porównując wielokrotnie krew djabetyczną z krwią rozmaitych zdrowych i chorych na inne choroby, oraz z krwią przy chorobie Addisona — zawsze z wynikiem wyraźnym i niewątpliwym. Również robiliśmy bardzo liczne próby z roztczynami glukozy i moczami djabetyków. Wykonujemy także próby by przez odpowiednie dodawanie różnych ilości barwika poddawanego odbarwianiu, zestawić praktyczną, przybliżoną skalę dla ilościowego, orjentacyjnego oceniania cukru, zawartego we krwi. Z powodu znanego z bakterjologji faktu, że i inne barwiki np. lakmus i indygo pod wpływem redukujących produktów bakteryjnych odbarwiają się i tworzą t. zw. leukobarwiki, nasuwa się również myśl zastosowania ewentualnie także powyższych barwików do tej próby.

O ileby dalsze badania, sprawdzane ścisłemi metodami ilościowemi, potwierdziły wartość powyższych doświadczeń, to korzyścią tej próby byłaby łatwość i szybkość wykonania przy posługiwaniu się małemi ilościami krwi, możność szybkiego stwierdzania przecukrzenia (hyperglikemji), względnie wykluczenia cukromoczu nerkowego (Diabetes renalis) oraz orjentacja podczas leczenia insuliną co do dalszego stosowania lub przerwania leczenia.

W końcu niech nam będzie wolno wyrazić p. prym. Drowi Krokiewiczowi serdeczne podziękowanie za zachętę do pracy oraz za jego życzliwą pomoc i cenne wskazówki.

Wykład kliniczny.

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Lwów.

O nowych kierunkach w klimatoterapji i hydroterapji.

(Dokończenie.)

Przejście od klimatoterapji do hydroterapji stanowi leczenie n a d m o r s k i e (talassoterapja), kąpiele p o w i e t r z n e (aeroterapja) i używanie wód r a d j o c z y n n y c h. Wspominałem już wyżej o doświadczeniach K e s t n e r a nad podstawową przemianą materji u młodzieży używającej naświetlań słonecznych oraz kąpieli powietrznej i morskiej nad wybrzeżem Morza Północnego oraz o wyraźnym wpływie c i e p ł a na spalanie w ustroju, jaki się przy tej sposobności zaznaczył. Dawniejsze badania zwracały się głównie ku e k o n o m j i c i e p ł a; rozważano ochłodzenie lub ogrzanie ustroju i skutki tego dla przemiany materji. Osiągnięte wyniki dla kąpieli wodnych i parowych oraz łaźni powietrznych można, pod pewnemi warunkami (które są obecnie w opracowaniu), przenieść i na kąpiele powietrzne. Ruch powietrza, którego działanie możnaby porównać do ruchu wody w rzece górskiej, oraz współdziałanie promieni słonecznych stanowią ogromne urozmaicenie wpływów tej kąpieli na ustrój.

Zobaczymy dalej, że pod wielu względami niema wyraźnej różnicy między działaniem kąpieli wodnej a gazowej, jak powietrzna lub w suchym bezwodniku węglowym. Różnice dawniej upatrywane są nieistotne, natomiast różnice r z e c z y w i s t e zaledwo w badaniach nadpoczęte. Co więcej kąpiel świetlna, przez co rozumieć trzeba każde naświetlanie większej powierzchni ciała światłem słonecznem czy sztucznem, działa zupełnie podobnie jak kąpiel wodna czy gazowa. Bodziec świetlny i cieplny działają zupełnie równolegle, a złączone razem, potęgują się. Widzimy też stosowanie kąpieli wodnej i słońca lub kwarcówki razem (B ü r g e, F. S c h a n z), stosowanie diatermji i promieni Roentgena i t. d. Rumień jeszcze utajony (w okresie wylęgania) po naświetlaniu Roentgenem lub kwarcówką, uwidacznia się natychmiast w ciepłej kąpieli. Jest to całkiem zrozumiałe wobec tego, że wszystkie te bodźce drażniące, w odpowiedniem natężeniu lub zesumowaniu, działają z a p a l n i e, a nawet zabójczo. H. G e s s l e r wykazał w doświadczeniach na świeżo wyciętej lub hodowanej w pożywce skórze ludzkiej i świńskiej, że wszelkie umiarkowane drażnienie tych skrawków bodźcem termicznym, chemicznym lub mechanicznym powoduje zwiększone zużycie tlenu przez dane skrawki. Przyrost zużycia tlenu wynosił do 80%. Dla bodźców cieplnych spostrzegł przy 52° C nagłe ustanie zużycia tlenu, które po ochłodzeniu już nie wracało — dowód śmierci tkanki. Że bodźce świetlne działają podobnie, nie ulega wątpliwości, podrażnienie skóry aż do stanu zapalnego a nawet do nekrozy, jest znane. Poprzednio wspomniane doświadczenia K e s t n e r a, P e e m ö l l e r a i P l a u t a nad działaniem światła na spalanie w ustroju, należą do tej właśnie grupy zjawisk. Ci sami badacze stwierdzili, że w kąpieli s o l a n k o w e j zużycie tlenu przez ustrój było większe niż w kąpieli s ł o d k o w o d n e j o tejsamej ciepłocie, zaś w kąpieli g o r c z y c z n e j było najwyższe. Dodać trzeba, że doświadczenia te robione były przeważnie na młodzieży w okresie wzrostu oraz odkarmiania się po zimie, spędzonej w mieście.

W konsekwencji takich spostrzeżeń należałoby oczekiwać dowodów wzmożonego rozpadu białka w bilansie azotowym i fosforowym oraz w wywozie kwasu moczowego i zasad purynowych. Tu jednakowoż, o ile wykluczymy wypadki u s z k o d z e n i a ustroju przez działanie bodźców, wyniki są rozmaite, częściowo sprzeczne i okazuje się konieczność przeprowadzenia nowych badań wedle wszelkich wymogów ścisłości. Wzmożony wywóz kwasu moczowego i zasad purynowych trwa zwykle tylko kilka dni w czasie systematycznego leczenia i jest prawdopodobnie głównie wynikiem w y p ł u k i w a n i a zapasów z ustroju. Przy stosowaniu umiejętnem wszelakich kąpieli widzi się zarówno tycie chudych jak chudnięcie otyłych, co wskazuje na działanie tych bodźców drogą układu w e g e t a t y w n e g o, jako regulatora gospodarstwa ustrojowego.

Wpływ bodźców naskórnych na układ nerwowy w e g e t a t y w n y był w ostatnich kilku latach przedmiotem licznych badań. Uzupełniły one dawne spostrzeżenia i wyjaśniły związek różnych zjawisk ze sobą. Układając te spostrzeżenia nie chronologicznie lecz rzeczowo, trzeba podnieść, że wszelkie drażnienie skóry, tak termiczne, jak chemiczne, mechaniczne i świetlne daje, przy lekkiem nasileniu bodźca, wybitną l e u k o c y t o z ę, którą jednak przy bodźcach gwałtowniejszych poprzedza l e u k o p e n j a, tem silniejsza im bodziec był silniejszy. Zastosowanie lodu lub chloretylu na skórę, zastrzyk śródskórny wody, aolanu lub powietrza (E. F. M ü l l e r), naświetlenie lampą L a n d e k e r a (»Ultrasonne«) (L a q u e u r i R o h n) i inne podobne zabiegi dają wstępną leukopenję, po której dopiero przychodzi, dawniej już poznana, leukocytoza. Leukopenję taką uważamy dziś za objaw wstrząsowy.

Śmiertelny wstrząs wśród objawów silnej leukopenji wywołał Ch. Richet (mł.) stosowaniem wysokich ciepłot u królików, Policard u białych myszy, Jolly Saregea u białych szczurów; stosowaniem zimna na przewód pokarmowy psa wywołali go Sabatowski i Kmietowicz, zapomocą naświetlania słońcem morskich świnek, wykazali go Leger i Baury w Dakkar (franc. Afryka).

Tu dodam, na co się później przyjdzie odwołać, że odpowiednio silne, termiczne i osmotyczne bodźce na przewód pokarmowy wywołują zawsze leukopenję mniej lub więcej wybitną (woda lodowa — Filiński, płukanie żołądka lub jelit wodą zimną lub gorącą — Sabatowski i Kmietowicz, większe dawki soli gorzkiej — Sab. i Kmiet., lawatywy z cukru Rubino i Varela). I tu także przychodzi do następowej leukocytozy. Nie inaczej ma się rzecz z bodźcami pokarmowemi (Rencki, Widal i jego szkoła). Claude, Santenoise i Tinel wykazali wpływ posiłku na odruch oczno-sercowy, a mianowicie odwracanie się odruchu, np. przyśpieszenie tętna po ucisku gałek ocznych zamiast zwolnienia u t. zw. »wagotoników«. Na dokładne wyjaśnienie roli tych zjawisk trzeba będzie poczekać, ale już dziś tyle one nam mówią, że między djetoterapją a piciem wód mineralnych i płukaniem przewodu pokarmowego (żołądka, jelita grubego) są daleko idące analogje w działaniu na układ wegetatywny. Wypadnie też zwrócić uwagę nie tylko na jakość pokarmów, ale i na ilość posiłków w ciągu dnia, oraz ich ciepłotę, jako możliwy do wyzyskania czynnik.

Wpływ kąpieli na ilość i kwasotę moczu jest rozmaity, prawdopodobnie w zależności od nawodnienia ustroju i stanu całego układu wegetatywnego. Ilość moczu po kąpieli zwykle rośnie, ale Delezenne spostrzegał czasem zmniejszenie się pod wpływem zimnej kąpieli. Sochański widział po kąpielach zimnych i gorących wzrost kwasoty ogólnej (potencjalnej), Vollmer zaś przeciwnie stwierdzał spadek kwasoty ogólnej i aktualnej. Jeden z nich prowadził badania wyłącznie, drugi zaś prawie wyłącznie na sobie samym i to prawdopodobnie jest przyczyną różnic. Odczyn ten jest widocznie zależny od indywidualnego stanu ustroju.

Najnowsze badania nad rolą wątroby w gospodarce wodnej (Aray i Simonds, Gilbert i Villaret, Lamson i Roca, Molitor i Pick, Pick i Wagner) oraz nad zaburzeniami w tej gospodarce przy schorzeniach wątroby (Gilbert i Lerebouillet, Villaret i Lippmann, Adler, Pollitzer i Stolz) pozwalają przypuszczać, że i fizjoterapja uzyska przytem nowe wyjaśnienia procesów rozgrywających się w ustroju pod jej wpływem. Dziś jeszcze jest przedwcześnie stawiać pod tym względem jakieś horoskopy, godzi się tylko przypomnieć, że właśnie fizjoterapeuci byli pierwsi, którzy spostrzegli objawy ruchu wody we krwi, nie odpowiadające dawnym, mechanicznym zapatrywaniom na odwodnienie i nawodnienie ustroju. Böcker (1854) spostrzegł zagęszczenie się krwi po wypiciu zimnej wody, Rovighi widział to po kąpielach gorących i zimnych na królikach, a W. S. Thayer u ludzi. Winternitza dokładne obserwacje mogą dziś jeszcze zaintesować. Na tych dawnych badaniach opiera się wodolecznictwo obrzęków i przesięków.

Związek ruchu wody w ustroju z doraźną leukopenją i leukocytozą oraz hypo- i hyperglobulją (Sabatowski) wyjaśnia się stopniowo właśnie dzięki eksperymentowaniu bodźcami fizjoterapeutycznemi, jak ciepło i światło. Nie umniejsza to roli, jaką odgrywają przy występowaniu zmian stałych w składzie krwi narządy krwiotwórcze, ich wzmożona czynność lub wyczerpanie.

Zjawiska ruchu wody ze krwi do tkanek i naodwrót komplikują zjawiska inne, spostrzegane we krwi, a tłumaczące nam dziś pewne wyniki lecznicze, dawno już znane. Do najważniejszych należy spadek ilości cukru we krwi po kąpielach, a zwłaszcza po kąpieli w szczawie sztucznej czy naturalnej (Arnoldi). Jest to analogiczne zjawisko do spadku cukru krwi po naświetlaniach skóry, a także analogiczne do wyników uzyskiwanych mięsieniem (Bum), pracą mięśniową (Bouchardat, Brockhaus i inni), drażnieniem jelita grubego osmotycznem (Rubino i Farela) i kalorycznem (Sabatowski i Kmietowicz), działaniem promieni Roentgena (Stephan), novarsenobenzolu (Flandin i Tzank; Achard, Binet i Cournand) i t. d. Podobnie, jak po naświetlaniu skóry, widzi się i tu wyraźny spadek tylko przy hyperglikemji, zaś przy małych ilościach cukru we krwi spotyka się nawet wzrost cukru po zadrażnieniu. A zatem znowu regulacyjny (w obu kierunkach) wpływ układu wegetatywnego. Nie mamy tu do czynienia tylko z rozwodnieniem lub zagęszczeniem krwi i cukru. Można to wnioskować stąd, że wielokrotne powtarzanie bodźców kąpielowych lub innych naskórnych utrzymuje poziom cukru krwi na wysokości prawidłowej, przez co lżejsze postaci cukromoczu zupełnie znikają.

Picie wód mineralnych wywiera równie wybitny wpływ na poziom cukru. Arnoldi spostrzegł po piciu zwykłej gorącej wody spadek przecukrzenia krwi lub poprawę niedocukrzenia; roztwory wodne soli Karlsbadzkiej, siarczanu, dwuwęglanu lub cytrynianu sodowego działały podobnie, ale jeszcze silniej; stosowanie dłuższe tych soli powodowało ustalenie się cukru krwi w wysokości prawidłowej, ustanie pragnienia i cukromoczu (Lorant).

O wpływie tych bodźców na układ wegetatywny dają pewne wskazówki doświadczenia Baer'a, że samo sondowanie dwunastnicy powoduje obniżanie się poziomu cukru krwi, zaś wlanie przez zgłębnik eteru do dwunastnicy daje obok wzmożenia wydzielania soku trzustkowego (Katsch i Friedrich) wybitny spadek cukru krwi. Naodwrót wstrzyknięcie śródżylne dekstrozy daje silny wypływ soku trzustkowego i żółci. Siarczany sodowy i magnezowy, stosowane per os, obniżając przecukrzenie krwi, działają równocześnie wybitnie żółciopędnie (Brugsch i Harsters, Stepp i Düttmann) oraz obniżają ilość cholesteryny we krwi (Loeper i Binet). Diatermja, działająca korzystnie na obniżenie hyperglikemji, powoduje sokotok trzustkowy (Sabatowski i Kmietowicz). Widać stąd, jak bodźce cieplne działają na gruczoły dokrewne oraz jak ścisłym jest związek wydzielania wewnętrznego i zewnętrznego i jak dobrem polem do zadziałania bodźców fizjoterapeutycznych jest przewód pokarmowy. Uwydatnia się tu też związek fizjoterapji z farmakoterapją, używającą tychsamych soli w sztucznych roztworach.

O sposobie działania bodźców termicznych na układ wegetatywny drogą współdziałania sprzężonych z nim gruczołów dokrewnych dają nam pewne pojęcie Parrisius i Schlack, wykazując znaczny spadek cukru krwi po lodowym okładzie na tarczycę, zaś po gorącym najczęściej lekki przyrost. Ja sam wykazałem osłabienie odczynu na bodźce cieplne u psa po wyjęciu tarczycy, w szczególności zaś zanikanie fazy leukopenicznej.

Krótka wzmianka należy się kwestji przenikania składników kąpieli do ustroju i naodwrót. Stara tradycja uważała takie przenikanie jako pewnik, późniejsi badacze przeciwnie zaprzeczyli temu, uważając skórę za nieprzenikliwą w kierunku do ustroju. Jedynie wydzielanie potu do wody kąpielowej przyjmowano za pewne. Dziś sprawa ta wymaga nowego opracowania, gdyż nie ulega wątpliwości, że kąpiel t. zw. mineralna drażni ustrój silniej niż słodkowodna, co bez ściślejszego kontaktu pomyśleć się nie da. Wnikanie leków przez skórę jest dowiedzione. Co do składników kąpieli mineralnej, to poszukiwanie za dowodem wnikania ich do ustroju jest niezwykle trudne wobec tego, że składniki te są bardzo w ustroju pospolite i znajdują się we wielkiej ilości. Odnosi się to zarówno do soli, jak i do gazów. Silnie drażniące działanie bezwodnika węglowego jest oddawna wyzyskiwane jako sucha kąpiel gazowa.

Z drugiej strony badania Riessa wykazały, że kąpiele o ciepłocie skóry (35°C), trwające dobę i dłużej, powodują znaczne zmniejszanie się ilości moczu ze wzrostem jego ciężaru gatunkowego, znikanie obrzęków, spadek wagi bez zmian w ciepłocie ciała i wymianie gazowej. Ubytek wody przez skórę i to w rozmiarach nieraz ogromnych, tłumaczy to zjawisko. Riess objaśnia to spadkiem napięcia powierzchniowego potu we wylotach gruczołów i przez to ułatwieniem wypływu tegoż nazewnątrz.

Kwestja nacisku masy wodnej na powierzchnię

ciała również nie była jeszcze dotychczas poważnie rozpatrywaną, a jest to wielkość znaczna.

Bliższe poznanie biologji skóry, przy równoczesnem wyjaśnianiu sposobu działania kąpieli na ustrój, przyczyni się z pewnością do rychłej a owocnej rewizji stosunku fizjoterapji, a szczególnie hydroterapji do dermatologji. Ścisły związek między bodźcami fizykalnemi a układem wegetatywnym i gruczołami dokrewnemi z jednej strony, poznawany zaś właśnie w dobie obecnej związek tych układów ze schorzeniami skóry z drugiej strony — wytyczają przypuszczalną drogę zbliżenia. Kwestja maceracji zrogowaciałego naskórka, jakkolwiek bardzo ważna, nie może już dzisiaj stanowić o całem zagadnieniu hydroterapji. W zakresie działania światła w schorzeniach skóry prace toczą się już od szeregu lat z pięknemi wynikami.

Wpływ kąpieli i picia wód mineralnych na krążenie krwi i limfy, badany oddawna, powinien być poddany gruntownej rewizji pod kątem widzenia stosunku tych bodźców do układu wegetatywnego i równowagi elektrolitów. Korzystny wpływ kąpieli na hypertonję z jednej strony, a stany hypotoniczne z drugiej strony, w myśl poprzednich wywodów, staje się zrozumiały bez uciekania się do dawniejszych karkołomnych hipotez. Taksamo korzystnie wpływa przecież nieraz śródżylny zastrzyk cukru, śródmięśniowe zastrzyki siarki w oliwie, bodźce także nieswoiste, podobnie działa mięsienie ogólne i gimnastyka lecznicza. Podstawowe znaczenie ma to w leczeniu chorób serca metodami przyrodoleczniczemi.

Razi nieco nasze dotychczasowe zapatrywania stosowanie przez Francuzów picia wód moczopędnych przy początkowej hypertonji. Wyniki lecznicze są jednak bardzo zachęcające do dalszych badań na szczegółami tego wskazania. Francuzi rozróżniają dwa typy, wedle których opada nadmierne ciśnienie krwi przy piciu wód moczopędnych (hypotonicznych). W jednych przypadkach ciśnienie (skurczowe i rozkurczowe) opada szybko, w 4 do 5 dni, w innych dopiero po dziesięciu do czternastu dniach leczenia. Równocześnie z tym spadkiem ciśnienia występuje coraz wyraźniejsza polyuria. Przy tem leczeniu trzeba nieraz w pierwszych dniach stosować leżenie, co znakomicie ułatwią diurezę i uwalnia chorych od uczucia gniecenia i napięcia w jamie brzusznej. Wogóle badania nad wydzielaniem wypitej wody rozpoczęli Francuzi na długo przed Volhardem (Gilbert i uczniowie, Linossier i Lemoine) i prowadzą wzorowo w zdrojowiskowych lecznicach (Amblard i inni), osiągając ciekawe wyniki, nad któremi za długo byłoby się tu zatrzymywać. Jest to bardzo wdzięczne pole do badań ścisłych także i u nas. Stosunek ilości, ciepłoty i składu chemicznego wód do rodzaju zboczeń chorobowych, pory picia i posiłków, a to wszystko w odniesieniu do wydzielania tych wód z moczem i składu moczu — oto zagadnienia mało dotychczas u nas poruszane (Moraczewski, Kmietowicz).

Badania wód radjoczynnych wykazały naogół takisam wpływ na ustrój ich stosowania, jak wód innych, z tą różnicą, że emanacja radowa potęguje poznane już poprzednio zjawiska hydroterapji. Skórę uważamy praktycznie jako nieprzenikliwą dla emanacji i całą wartość leczenia widzimy nie w stosowaniu kąpieli, lecz we wziewaniu (inhalacji) lub piciu wód zawierających emanację. Wziewanie forsowne (stosowane tylko u zwierząt) daje leukopenję, mniej nasilone daje leukocytozę (Bouchard, Curie i Balthazard, M. Levy). Stany te mijają szybko. Picie wody radjoczynnej powoduje chwilową hyperglobulję i późniejszy spadek ciśnienia krwi, zwłaszcza u hypertoników, spadek cukru krwi, wzrost przemiany podstawowej (tlen — bezwodnik węglowy, Kikkoji) oraz wydzielania kwasu moczowego i ciał puryuowych (Krieg i Wilke, Gudzent i Löwenthal). Diureza silnie rośnie, a nawet pojawiają się czasem ślady białka w moczu. Odczyn ogólny bywa też zwykle silniejszy, niż przy stosowaniu innych wód.

Ten odczyn ogólny, wyrażający się uczuciem niemocy, bólem głowy i zaostrzeniem przelotnem zmian chorobowych, znany jest od lat najdawniejszych i zawsze był uważany za objaw skutecznego działania leczenia. Dziś, po doświadczeniach z leczeniem ciałami białkowatemi i innemi, stosowanemi pozajelitowo, rozumiemy już lepiej przyrodę tego zjawiska. Przypomina się też, co brutalnemi zabiegami wodoleczniczemi uzyskiwali znani sekciarze w przyrodolecznictwie, jak Priessnitz i inni. Między ich odczynami wysokiej gorączki (»Kurfieber«) a odczynem ogólnym w sensie Herxheimera są wszystkie przejścia przez lekkie gorączki, spostrzegane przy stosowaniu kąpieli gorących w zdrojowiskach (Amicarelli, Arienzo), lub przy stosowaniu kilkakrotnem zabiegów zimno-wodnych (Kowalski); tu należą też podwyżki ciepłoty po naświetlaniach. Im silniejszy bodziec, tem szybszy odczyn a wyższa gorączka i naodwrót. Zasada sumowania bodźców ma tu również swe zastosowanie, jak np. przy codziennych kąpielach. Wszystko to odnosi się w równej mierze do bodźców stosowanych parenteralnie w wysokich dawkach jednorazowych lub w często powtarzanych niskich (Mákai — codzienne zastrzyki surowicy końskiej).

W pewnych zdrojowiskach dobre wyniki leczenia chorób, polegających na nadwrażliwości lub też nią powikłanych, zdają się polegać na właściwości uodparniającej wód sodowych (alkalicznych) i sodowo-słonych. Lausedat (r. 1912), Billard, a później Arloing i Vauthey, Mougeot i inni wykazali doświadczalnie antianafilaktyczne działanie francuskich wód tego typu. Tem tłumaczy się powodzenie takich zdrojowisk w cierpieniach nieżytowych dróg oddechowych i pokarmowych. Ostatnio Sangiorgi (r. 1923) stwierdził metodą Arloing'a antianafilaktyczne działanie wód radjoczynnych i emanacji, stosowanej na antygen. Farmakoterapja zna jako analogon tego działanie soli wapniowych.

Dzięki wspomnianym tu doświadczeniom ostatnich czasów uzyskaliśmy nietylko wyjaśnienie naukowe wielu dawnych spostrzeżeń, ale też wytyczną do rewizji naszych zapatrywań teraupetycznych. Nasze poglądy na fizjoterapję dny, otyłości, chudości, krzywicy, spazmofilji, tężyczki doznały znacznego pogłębienia i ustalenia. Nawet tak napozór nieprzejednane przeciwieństwo insulinoterapji i fizjoterapji cukrzycy okazuje się nieistotnem, przy uwzględnieniu stosunku fizjoterapji do zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu oraz do awitaminoz.

Leczniczy wpływ na wysięki pozapalne i gościec stawowy i mięśniowy był przyznawany fizjoterapji nawet w czasach dla niej najbardziej sceptycznie nastrojonych, dla tego nie chcę nad tem tracić czasu, a wspomnę jeszcze o pewnych zagadnieniach leczniczych, które są w ostatnich miesiącach przedmiotem pilnych badań. I w tych usiłowaniach, podobnie jak już nieraz, wyniki proteinoterapji dawały czasem impuls i torowały drogę.

Leczenie chorób żołądka zabiegami wodnemi było oddawna przedmiotem sporu między kliniką a lecznictwem zdrojowem. Vichy i Karlsbad widziały zawsze dużo tych chorych i dużo wyleczeń. Klinika stosowała płukanie żołądka grzaną wodą mineralną (koncesja dla zdrojownictwa) lub »wystałą« wodą słodką przy niedowładzie ściany żołądka z opadnięciem i zaległościami porannemi, a także przy stanach skurczowych odźwiernika. Wyniki tych płukań bywają znakomite, tłumaczenie ich usuwaniem zaległości było zawsze uważane za niedostateczne. Otóż w r. 1921 wykazał Holler, że zastrzyki ciał białkowych (»wakcyneuryny«) usuwają bardzo często nadkwasotę, bóle i zaparcie stolca. W r. 1922 Pribram zastosował w tym samym celu nowoprotinę dożylnie z wybornym skutkiem, odtąd wielokrotnie potwierdzanym. Wrzód okrągły odnosimy dziś do zaburzenia w układzie wegetatywnym zwykle z przewagą n. błędnego, choć bywa i przeciwnie (Labbé i Sebileau); Kauffmann uważa skurcz odźwiernika za stan podobny do tężyczki i poleca wtedy sole wapniowe, diatermję i kwarcówkę. Diatermję polecają też Menzer, Gunsett i Sichel. Latarjet i Wertheimer wyodrębnili jednostkę chorobową »gastropathie vagosympatique« o dolegliwościach podmiotowych wrzodu żołądka równocześnie z integralnością anatomiczną. Leczenie tego cierpienia zapomocą przecięcia wszystkich nerwów na ścianie żołądka (autonomizacja żołądka) udało się 11 razy na 12 przypadków. Że takie przypadki leczone

bywały z dobrym skutkiem i płukaniem żołądka i w zdrojowiskach, wydaje się dziś bardziej niż prawdopodobne, tylko dziś przywiązywać będziemy więcej uwagi do ciepłoty wody pitej czy płuczącej tak w przypadkach nadkwasoty jak i niedokwaśności. Zwrócimy też znowu baczniejszą uwagę na wartość opasek i okładów na jamę brzuszną a także na wyzyskanie wpływu kąpieli. W r. 1923 wykazałem z Kmietowiczem, że tak płukanie żołądka jak i jelita grubego wodą zimną lub gorącą, jakoteż grzanie tułowia zapomocą diatermji wywołuje u normalnego psa wyraźne wydzielanie pełnowartościowego soku żołądkowego. Woda o ciepłocie żołądka i zasolona w stosunku 9‰ nie dawała tego wyniku. Weitz i Fischer (1924) zauważyli, że ilość soku żołądkowego u ludzi naczczo była minimalna, gdy zgłębnik zakładano jeszcze w łóżku, zaś rosła znacznie po wstaniu i umyciu się. Polanie ciała zimną wodą lub chłodną kąpiel zwiększały ilość soku naczczo do znacznych ilości. Wskazuje to na wątpliwą wartość żywienia chorych z wrzodem żołądka zimnemi pokarmami a nawet lodem, ale powinno dać podnietę do dalszych badań nad wyzyskaniem bodźców cieplnych. Gorąca kąpiel (40° C — 30 min.) lub łaźnia elektryczna dawały — wedle Weitza i Fischera, zmniejszenie ilości i kwasoty soku u człowieka zdrowego.

Niejedno opadnięcie żołądka i jelit z zaparciem stolca ma jako podłoże t. zw. »rozstrój nerwowy«, zwłaszcza na tle seksualnem. Stany takie poprawiają się nieraz wybornie pod wpływem suggestji, jak to przy pomocy Roentgena wykazał G. R. Heyer. Związek zaburzeń psychicznych ze zboczeniami w zakresie układu wegetatywnego staje się nam coraz wyraźniejszy, a znaczenie suggestji w leczeniu zdrojowiskowem, czy w lecznicy, nabiera innego niż dotychczas znaczenia. Cukromocz przejściowy, spowodowany wzruszeniem przy egzaminie lub zawodach sportowych, jest zjawiskiem znanem (Cannon), jak również usunięcie lekkiego cukromoczu stałego przez suggestję skasowania djety przeciwcukrzycznej. Lęk i stany lękowe są najczęściej objawami sympatykotonicznemi (Euzière i Margarot), stąd towarzyszą im często cukromocz i hypertonja. Przy stanach psychicznych, zmiennych, sympatykotonja przechodzi czasowo we wagotonję (Tinel, Santenoisse i Garellon, Laignel-Lavastine), przyczem pojawia się hypoglikemja. Odpowiednio do tego zmienia się też odruch oczno-sercowy i ilość ciałek białych krwi (leukopenja w gniewie, strachu etc.). Znając wpływ zabiegów fizjoterapeutycznych na wyrównywanie zachwianej równowagi układu wegetatywnego, można z góry oczekiwać pomyślnego działania zabiegów fizjoterapeutycznych w takich stanach. I rzeczywiście, hydroterapja, ceniona dawniej w neurologji i psychjatrji, później trochę zaniedbana, wraca dziś do wziętości i uznania w tej dziedzinie medycyny, a zainteresowanie psychjatrów zwróciło się już do mięsienia. Na zjeździe psychjatrów w Jenie (1923) Stanojevič chwalił uspokajający wpływ mięsienia na niepokój psychomotoryczny przy chorobach umysłowych. Usiłowania te są z pewnością tylko cząstką tego, co można będzie w tym kierunku poznać i dla praktyki ustalić. Usiłowania leczenia chorób umysłowych wstrząsem białkowym (Tinel r. 1922) lub peptonowym (Laignel-Lavastine) oraz szczepionkami, zawłokami (setaceum, Haarseil), mlekiem, terpentyną (C. Pascal) — usiłowania wieńczone nieraz pomyślnym skutkiem, każą i dla fizjoterapji spodziewać się dobrych wyników w tej dziedzinie. Prawdopodobnie już dawno w uzdrowiskach uzyskujemy podobne skutki. Patrząc bowiem z dzisiejszego punktu widzenia na wielką pospolitość poronnych i szczątkowych postaci chorób umysłowych wśród społeczeństwa (Bleuler, Bumke, Kretschmer), znając częstość psychoz objawowych (symptomatycznych) wśród innych chorób, a także rolę innych chorób oraz wyniszczenia ustroju w ujawnianiu psychoz utajonych, musimy przyjść do przekonania, że dużo takich lżejszych psychoz leczy się w uzdrowiskach z dobrym skutkiem jako »nerwice«, neurastenja, wyczerpanie nerwowe, a nawet jako choroby somatyczne (P. Dubois) jak opadnięcie trzew, cierpienia kobiece (Walthard), wychudzenie i t. p. Po tem, co powiedziałem, trudno już nazwać ten sposób leczenia tylko suggestją, choć nie przeczę, że i wpływy suggestywne tu działają wspólnie z wegetatywnemi. Dla obu tych metod częste powtarzanie zabiegów (np. codzienne kąpiele) jest metodą wyborową.

Jestem u końca moich wywodów. Ze względu na rozmiar tematu musiałem się ograniczyć do spraw najważniejszych i odmówić sobie poruszenia wielu jeszcze zagadnień bardzo ciekawych.

Co do wytyczenia granic nowoczesnej fizjoterapji, to zwolennikom oddzielania »sztucznych« czynników od »przyrodzonych«, jakoby tu jedynie przynależnych, odpowiem, że kto sztuczne światło chce wyodrębnić z fizjoterapji jako »fototerapję« (przeciwstawianą »helioterapji«) ten powinien się zgodzić na pozostawienie w »balneoterapji« tylko kąpieli ciepliczych. Sztucznie grzane wody nie są już bowiem czynnikiem »naturalnym« w tak rygorystycznem pojęciu.

Jak widzimy, fizjoterapja ma bardzo rozległe pole działania. Jej »uniwersalność« była ongiś przedmiotem szyderstwa i powodem nieufności wobec niej, dziś ta powszechność jest przedmiotem ciekawych i owocnych badań. Jej podstawa naukowa, klimatologja i hydrologja lekarska łączy naprzeróżniejsze gałęzie medycyny doświadczalnej i praktycznej w jeden harmonijny system, korzysta z badań naukowych najrozmaitszych kierunków i niesie swe owoce wszelkim działom medycyny praktycznej, jako metody lecznicze, a teoretycznej, jako problemy do dalszych badań naukowych.

Piśmiennictwo.

Ze względu na brak miejsca nie podaję literatury. Znajduje się ona w mojej Klimatoterapji i Hydroterapji (po koniec marca 1923) oraz w zeszytach 23, 33, 46 z r. 1923 i w 23 z r. 1924 P. Gazety Lekarskiej, poświęconych w całości lub w części fizjoterapji.

Z praktyki.

Dr. S. J. SCHWEIG, ordynator oddziału. Łódź.

Przypadek kilaków spojówkowo-twardówkowych na obu gałkach ocznych *.

Z oddziału ocznego szpitala Poznańskich w Łodzi.

Jak wiadomo, kiła może wystąpić na wszystkich częściach oka i w objawach wszystkich jej okresów, począwszy od wrzodu pierwotnego, a skończywszy na t. zw. chorobach pokiłowych. Codzienne jednak doświadczenie poucza nas, że podczas gdy kiłę rogówki, tęczówki, naczyniówko-siatkówki i nerwów wzrokowych często spotykamy, to rzadko widzimy n. p. pierwotne wrzody na oku, a znacznie rzadziej trzeciego okresu kilaki na spojówce gałkowej wzgl. na twardówce.

Bardzo pouczające w tym względzie są statystyki Groenouwa i Igersheimera. Wynika z nich, że z pośród wszystkich kiłowo-chorych 4,5% do 6% ma kiłę oka, a z pośród wszystkich chorób oczu według Groenouwa 1—3%, według Igersheimera 6% do 10% jest kiłowego pochodzenia. Z kiły oka 40,9% przypada na jagodówkę, 24.1% na nerwy wzrokowe, 16,6% na mięśnie oczne, 6,1% na siatkówkę, 5,9% na rogówkę i 1,4% na narządy łzowe, 1,1% na powieki łącznie ze spojówką i wreszcie tylko 0,4% na twardówkę. W 65% przypadków kiłę oka spotyka się u mężczyzn, a co się tyczy wieku to w 2/3 przypadków chodzi o wiek 20—40 lat, we wieku ponad 60 lat na 428 przypadków Groenouw notuje tylko 12 przypadków t. j. 2,8%.

Kilak spojówki gałkowej, wzgl. twardówki jest więc zachorowaniem bardzo rzadkiem. Spotykamy je — według Groenouwa — u osób prawie zawsze starszych ponad 20 lat, u kobiet częściej niż u mężczyzn. Od czasu zakażenia aż do powstania kilaka spojówki upływa kilka — do 17 — lat, zwykle występuje on tylko na jednem oku, bądź pojedynczo, bądź też we większej liczbie; przedstawia się zazwyczaj — według opisów Groenouwa, Igersheimera, Terriena — w postaci ostro odgraniczonych guzów, przesuwalnych z początku wraz ze spojówką na twardówce, później zaś zrastających się

*) Przedstawiony w Łódzkiem Towarzystwie lekarskiem na posiedzeniu z dnia 2. stycznia 1924 r.

z twardówką, wobec czego trudno jest wtedy rozstrzygnąć, czy kilak jest pochodzenia spojówkowego, czy też twardówkowego. Rozpoznanie różniczkowe z gruźliczemi owrzodzeniami lub z tworami nabłonkowemi, czy pryszczykowemi spojówki gałkowej nastręcza nieraz dużo trudności, a nawet badanie drobnowidowe nie daje zawsze jasnego wyniku; djagnoza opierać się wtedy musi na znajdujących się jeszcze innych objawach kiły trzeciego okresu, na reakcji Wassermanna, a w końcu ex iuvantibus, t. j. na wpływie leczenia jodkiem potasowym, które doprowadza do szybkiego gojenia się kilaków, bądźto przez resorpcję, bądź też przez tworzenie wrzodów i blizen.

Wyżej wymienione szczegóły usprawiedliwiają publikację przypadku, który zasługuje na to jako casus rarus nie tylko ze względu na samo zachorowanie, ale i dlatego, że wystąpiło ono symetrycznie na obu gałkach ocznych u chorej w tak podeszłym wieku.

K. Ł., służąca, liczy lat 72, do szpitala przybyła dnia 11. grudnia 1923. r. Pierwszy mąż umarł w 49 roku życia nagle »z powodu ataku«. Drugi mąż umarł na astmę, mając lat 70. Miała troje dzieci, tylko z pierwszego małżeństwa; dwoje umarło w pierwszym, trzecie na ospę w 13-ym roku życia. Następnie dwa razy poroniła, w drugim i trzecim miesiącu ciąży. Niedługo przed wojną leczono jej oczy sondami, a następnie operowano. Do lata 1923 była zdrową. W sierpniu 1923 dostała czerwone oczy, a później dolegliwości w gardle (nie mogła połykać). Lekarz rhinolog polecił jej lekarstwo i wodę do płukania; gardło ją przestało boleć, natomiast stan oczu się nie poprawił. Niedługo potem wystąpiło owrzodzenie na prawem podudziu. Z lecznicy Kasy Chorych skierowano ją do szpitala dla chorych skórnych, gdzie ją leczono maścią i okładami, a po miesiącu przesłano na nasz oddział.

W dniu przyjęcia na nasz oddział stwierdziłem następujący stan oczu: Po obu stronach nosa w okolicy woreczków łzowych blizny po operacji wyłuszczenia woreczków łzowych. Dolne kanaliki łzowe przecięte, nic się z nich przy naciskaniu nie wydziela. Skóra i ułożenie powiek prawidłowe. W strefie szpar powiekowych widać normalnie błyszczące się rogówki okolone czerwono sinemi guzami. Po podwinięciu powiek okazuje się, że spojówka powiek — zwłaszcza górnych — jest normalna, przezierają przez nią normalnego wyglądu przewody gruczołów Meiboma. Spojówka gałkowa obu oczu poziomem swym znacznie jest wywyższona ponad poziom rogówek, tworząc naokoło nich jakoby wał złożony z całego szeregu rozmaitej wielkości guzów ostro odgraniczonych i pochyło spadających ku rogówkom, natomiast płasko spadających ku obwodowi i niedobrze odgraniczonych od załamków spojówki, zajmując dolne fałdy więcej aniżeli górne. Guzy te mają spójność zlekka elastyczną, barwę czerwono-siną z mlecznym odcieniem, ani spojówka na nich, ani też one na twardówce nie są przesuwalne, przy próbnem wycięciu wykazują skłonność do łatwego rozdzierania się i miernego tylko krwawienia.

Badanie narządów wewnętrznych i układu nerwowego zmian chorobowych nie wykryło.

Badanie skórne (kol. Kryński) dało wynik następujący: Na tylnej stronie prawego podudzia i stawu skokowego kilka ognisk ugrupowanych grudek, ciemno-czerwonej sinawej barwy, pozostawiających izolowane blizny. Na plecach rozrzucone pojedyncze grudki, wielkości od ziarnka prosa do pestki wiśniowej, ciemno czerwonawej barwy, pokryte suchym, płaskim strupem. Na zewnętrznych stronach ramion biało czerwone plamy wielkości dłoni z nieznacznem łuszczeniem się skóry i pojedynczemi grudkami tej samej biało czerwonej barwy.

Badanie nosowo-gardzielowe (Kol. Rabinowicz i kol. Weisbrum) wykazało przy ujściu lewem nosa nieznaczne zgrubienia nie wywołujące u chorej żadnych dolegliwości. Krtań bez zmian chorobowych. Nagłośnia i fałdy nagłośni w całej swej rozległości o zabarwieniu nieco brunatniejszem niż zwykle, są znacznie obrzmiałe i zgrubiałe, powierzchnia nierówna, guzowata; cała kieszonka krtaniowa jest wypełniona obrzękłą śluzówką. Struny głosowe są trudno dostrzegalne, tylko lewa struna jest częściowo widoczna, całe wejście do krtani jest przykryte powyższemi guzowatemi zgrubieniami.

Odczyn Wassermanna i Meinickego we krwi, wziętej w dniu 14. XII. 1923 r., (Prof. Venulet) wybitnie dodatni.

W tym przypadku przy *Lues gummosa et papulae psoriasiformes lueticae cutis et infiltratio gummosa epiglottidis* wystąpiły więc również — a według wywiadu najwcześniej — objawy oczne w postaci *gummata multiplicia conjun. ctivae sclerae* na obu gałkach u 72-letniej kobiety.

W badaniu drobnowidowem wycięty skrawek wykazuje budowę tkanki ziarninowej, w nieznacznej ilości komórki olbrzymie, które jednak nie mają typowego ułożenia jąder, naczynia (w niewielkiej ilości), których błona zewnętrzna i środkowa są zgrubiałe. Do widocznego w jednem miejscu płaskiego wielowarstwowego nabłonka wnikają pasma młodej tkanki łącznej.

Brak charakterystycznego utkania gruzełka, obecność naczyń i zgrubienie ich ścianki, nieznaczna tylko ilość komórek olbrzymich, obfitość tkanki łącznej (komórek włóknotwórczych i włókien) z jednej strony, a z drugiej względnie nieznaczne zmiany w nabłonku przemawiają za tworem kiłowym (*gumma syphiliticum*), mającym swoje umiejscowienie w wewnątrz-spojówkowej lub podspojówkowej tkance gałki ocznej.

Rozpoznanie to znajduje swoje potwierdzenie również w wyniku leczenia. Natychmiast po wzięciu krwi do odczynu Wassermanna zastosowałem leczenie jodkiem potasowym, do wewnątrz i miejscowo jako trzyprocentowe krople, a po nadejściu wyniku dodatniego, zacząłem także stosować neosalvarsan (24. XII. i 26. XII. po 0,15). Zastrzyki jednak neosalvarsanu zmuszony byłem przerwać z powodu pogorszenia się ogólnego stanu chorej. Przy tem leczeniu guzy na obu gałkach szybko ustępowały, na lewej prędzej niż na prawej (na lewej od początku objawy choroby były słabsze) resorbując się i bez skłonności do tworzenia wrzodów, które nawet nie wystąpiły w miejscu, w którem zrobiłem próbne wycięcie tkanki.

Dr. Stanisława GOMOLIŃSKA-DUCZYMIŃSKA Lwów.
asystentka Szkoły położnych.

Doświadczenia z kleszczami Kiellanda.

(Z oddziału położniczo-ginekol. Szpit. powszechnego we Lwowie. Kierownik Prof. Dr. Adam Sołowij).

Ogromna liczba przeróżnych modeli kleszczy położniczych dowodzi niezbicie, iż instrument ten dotychczas nie osiągnął zamierzonego celu i wymaga ciągłych poprawek i uzupełnień.

Zanim przejdę do omówienia kleszczy Kiellanda i doświadczeń z niemi zrobionych wspomnę krótko o niektórych szczegółach historycznych, dotyczących wspomnianego instrumentu.

Kleszcze Kiellanda brakiem wygięcia miednicowego przypominają kleszcze Chamberlena i Palfyna. Sposób uchwycenia główki w wymiarze ciemieniowym znał już Palfyn — gorąco zalecał Smelie. Ten ostatni używał nawet kleszczy do rotacji i w razie potrzeby zakładał jedną łyżkę pod spojenie łonowe, drugą od promontorjum.

Smelie znał wprawdzie kleszcze Levreta z wygięciem miednicowem, jednak chętniej posługiwał się swojemi długiemi, prostemi łyżkami i te też zalecał. Baudeloque był również przeciwnikiem kleszczy krzywych.

A więc długie proste łyżki bez wygięcia miednicowego, łyżki, które należy zakładać na główkę biparietalnie w prostym wymiarze miednicy, mają już dawną przeszłość.

Zasługą wyłącznie Kiellanda jest:

1) Zastosowanie wygięcia bagnetowego trzonków, przez co otrzymuje się równoległy przebieg osi łyżek do osi trzonków, a kleszcze nie tracą zalet kleszczy prostych, zyskują zaś korzyści kleszczy z wygięciem miednicowem.

2) Drugą specjalną cechą kleszczy Kiellanda jest nowy zupełnie sposób wprowadzania łyżki przedniej i obrót jej o 180°. Umożliwia to w każdym wypadku ciemieniowe uchwycenie główki, co ze względu na matkę i płód, a także na przebieg porodu jest najkorzystniejszem. Przez to właśnie odpowiednie uchwycenie, kleszcze przylegają ściśle do główki, nie zwiększają jej wymiaru poprzecznego, końce łyżek spoczywają na policzkach, które dobrze znoszą ucisk i przed-

stawiają dużą powierzchnię. Przez ścisłe przyleganie łyżek do główki znosi się ujemne działanie odstawania łyżek i ucisk na części miękkie szyji macicy i pochwy. Jeśliby jednak przy główce mocno do wchodu wstawionej lub zbyt płytkiem wprowadzeniu łyżki przedniej — obrót jej o 180° był niemożliwy — poleca Kielland założyć łyżkę od zatoki krzyżowo-biodrowej i pod kontrolą ręki zaadaptować ją w odpowiednie miejsce.

3) Trzecią właściwością samych kleszczy Kiellanda jest ich prosty zamek i ruchomość łyżek względem swojej osi podłużnej, wskutek tego możliwem jest łatwe zamknięcie nawet wtedy, gdy łyżki nie jednakowo wysoko wprowadzono. Po pierwszej trakcji różnica ta wyrównuje się nieraz zupełnie. Tyle o samym modelu.

Przejdziemy teraz do cennych wskazówek Kiellanda, których należy przestrzegać, chcąc z powodzeniem zakładać kleszcze.

Przedewszystkiem wymaga Kielland bardzo dokładnego i dobrego badania położniczego. Przystępując do zakładania łyżek należy sobie dokładnie oznaczyć kierunek szwu strzałkowego, ewentualnie czołowego lub linji twarzowej — następnie znaleźć ciemię małe, względnie duże, nasadę nosa względnie brodkę.

Błąd popełni każdy, kto nie zbada dokładnie i przystąpi do operacji. Taka operacja »na ślepo« nie prowadzi do celu. Ażeby uniknąć pomyłek, powinno się w razie potrzeby badać pół i całą ręką, a nawet w narkozie badanie powtórzyć.

Powodzenie kleszczy Kiellanda zależy od odpowiedniego uchwycenia główki w wymiarze ciemieniowym. Łatwo więc zrozumieć, że tylko od dokładnego zbadania zależy dobre założenie kleszczy. Kleszcze należy zakładać w narkozie. Jeśli główka jest ruchoma nad wchodem, należy ją z boków oburącz przytrzymać, spychając w kierunku wchodu miednicy małej, gdyż z powodu nieustalenia główki przy obracaniu łyżki przedniej mogłyby wystąpić trudności. O ileby szew strzałkowy przebiegał skośnie, należy łyżkę przesunąć w odpowiednią stronę, ażeby z a w s z e uchwycić główkę w wymiarze ciemieniowym. Łyżkę tylną zakłada się zawsze drugą i raczej — według Kiellanda — można mieć trudności przy zakładaniu drugiej łyżki, niż pierwszej. Oprócz dokładnego zbadania i dobrego założenia łyżek biparietalnie na główkę, koniecznie trzeba znać mechanizm porodowy.

Publikacja Kiellanda ogłoszona w niemieckim miesięczniku dla położnictwa i ginekologji (Rocznik 43. Zeszyt I. w r. 1916) już w niedługim czasie odbiła się głośnem echem w prasie medycznej. Nie brakło skrajnych entuzjastów — ale też i nie szczędzono Kiellandowi z drugiej strony zarzutów. Wszyscy prawie klinicyści przyznają Kiellandowi bardzo korzystny pomysł biparietalnego uchwycenia główki (Sänger, Mayer, Meuman, Riediger, Halban, Liegner, Zimmerman).

Wymiar poprzeczny główki nie zostaje przez to powiększony, kleszcze pewnie i silnie trzymają, a policzki stanowią powierzchnię, która się najlepiej do tego nadaje. Mayer i Sänger, którzy są najgorętszymi zwolennikami kleszczy Kiellanda, podnoszą łatwy sposób zakładania łyżek. Nadto nie płożą się łyżki, gdyż ściśle do główki przylegają. Rotacja główki jest łatwa (Meuman, Sänger, Küster, Bruch, Riediger). Części miękkie matki są mniej narażone niż przy kleszczach zwykłych (Sänger, Meuman i inni).

Siła potrzebna do ekstrakcji jest przy kleszczach Kiellanda znacznie mniejsza niż przy kleszczach zwykłych (Mayer, Sänger, Riediger, Küster, Ströder, Hermstein, Bruch, Meuman).

Zastosowanie kleszczy Kiellanda przy porodach w położeniu twarzowem i czołowem nawet Schauta uznał za wskazane — chociaż jest ich przeciwnikiem. — Halban podnosi zgrabną i delikatną budowę kleszczy — Sänger zamek przesuwalny.

Kleszcze Kiellanda pozyskały sobie uznanie do tego stopnia, że Riediger nie waha się oddać ich w ręce lekarzy praktyków — jako kleszczy uniwersalnych; inni widzą w nich kleszcze przyszłości (Sänger, Ströder, Küster).

Z przytoczonych tu nazwisk okazuje się, że kleszcze Kiellanda spotkały w świecie lekarskim uznanie i znalazły silne poparcie, — szczególnie w klinice Prof. Döderleina w Monachium (Sänger) i w klinice Prof. Mayera w Tybindze.

Nie przeszkadza to jednak, że znalazło się i wielu przeciwników, którzy wystąpili z ostrą krytyką i to, co jedni podnosili na korzyść kleszczy, to drudzy widzieli jako błędy.

Co się tyczy sposobu zakładania łyżek, Sachs wyraził obawę, że przy obracaniu łyżki przedniej o 180° w przypadku główki ruchomej łatwo może wypaść pępowina, wzgl. obniżyć się tak, że koniec łyżki może ją ucisnąć — co dla płodu będzie fatalne w skutkach. Sposób wprowadzenia łyżki przedniej i konieczność obrócenia jej o 180° uważa Schauta, Frey-Bolli za experyment bardzo niebezpieczny dla samej rodzącej, może on bowiem spowodować pęknięcie macicy. Küstner twierdzi, że rozciągnięty dolny odcinek macicy, pierścień skurczowy i bark płodu uniemożliwiają obrót łyżki przedniej.

Znaczna część położników czyni zarzuty kleszczom Kiellanda, że przy trakcjach się zsuwają (Liegner, Kleemann, Zimmerman, Thies). Liegner odnosi to do przesuwalności łyżek względem siebie. Główka z tego powodu jest nie dość silnie przez kleszcze uchwycona i usuwa się z łyżek.

Zarzucają wreszcie kleszczom Kiellanda, że są zbyt delikatnie zbudowane (Thies, Zimmerman), że zamek mają za słaby (Thies); przy asynklitycznych położeniach główki, szczególnie przy przodowaniu tylnej kości bocznej nie nadają się (Küster, Meuman). — Według Küstera — rękojeści są za słabe i oddalenie łyżek od siebie w miejscu największego wygięcia główkowego jest za duże, przez co główki dobrze nie trzymają. Co się zaś tyczy oszczędzania części miękkich stawia je Küster na równi z kleszczami Nägelego.

Osobno chciałam poruszyć kwestję zastosowania kleszczy Kiellanda przy miednicy ścieśnionej. Sam autor zastrzegł się w swojej publikacji, iż kleszcze nie mają na celu pokonania niestosunku porodowego.

Miednica ogólnie ścieśniona — jak twierdzi Bruch — nie nadaje się do zakładania kleszczy Kiellanda. Wskutek wydłużenia owalu główki podczas porodu przy miednicy ogólnie ścieśnionej i zmian w miednicy małej (Litzman) łyżka tylna natrafia przy zakładaniu na wzgórek kości krzyżowej, którego z powodu braku miejsca w miednicy i wygięcia kości krzyżowej, nie można ominąć i wprowadzenie łyżki nie udaje się. Nadto jeśli się nawet te trudności przezwycięży, łyżki w stosunku do wydłużonej główki stają się za krótkie i przy trakcjach zsuwają się z główki.

Meuman nie uważa ścieśnienia miednicy za przeszkodę w stosowaniu kleszczy Kiellanda.

Ciekawy zarzut wytoczył przeciwko Kiellandowi Schauta (także Opitz, Frey-Bolli), iż wznowił on problem wysokich kleszczy, który tak zbawiennie w ostatnich czasach zaczął ustępować miejsca innym operacjom położniczym, które nie tylko dziecko ratowały, ale i matkom nie szkodziły.

Schauta zapala się tak dalece w swojem rozumowaniu pod tym względem, iż dochodzi do przekonania, że kleszcze te są zbędnym instrumentem. Przy miednicy prawidłowej kleszcze prawie nie wchodzą w rachubę, gdy miednica ścieśniona nie nadają się do pokonywania niestosunku porodowego; kleszcze Nägelego wystarczają jako kleszcze niskie.

Zarzucają więc Kiellandowi, że cofnął wstecz postęp nauki.

Zestawiwszy pokrótce poruszane w prasie korzyści i zarzuty dotyczące kleszczy Kiellanda, przejdę do materjału zebranego na oddziele położniczo-ginekologicznym Szpitala powszechnego we Lwowie.

Kleszcze Kiellanda stosujemy od roku 1917. Z początku wyłącznie jako kleszcze wysokie i to przy nieustalonej główce, w przypadkach, w których kleszcze klasyczne z braku warunków powodzenia nie były stosowane, następnie użyliśmy tego instrumentu przy ustalonej główce, w ostatnich czasach stosujemy jako kleszcze niskie, a nawet jako wychodowe. Także próbowaliśmy kleszczy Kiellanda przy położeniach defleksyjnych i jako instrumentu rotacyjnego, a nawet przy porodzie pośladkowym. Przypadki nasze były zwykle już badane w mieście, często znajdowały się w mocno zaniedbanym stanie i z podniesioną temperaturą ciała.

Doświadczenia nasze dotyczą 40 przypadków, z tego 22 wieloródek, 18 pierwiastek. — W 34 przypadkach była miednica ścieśniona, (w 33 przypadkach płaska, w 1 ogólnie

ścieśniona) — 6 chorych miało miednicę prawidłową. Ścieśnienia miednic były przeważnie pierwszego stopnia lub na granicy między pierwszym a drugim stopniem. Wskazaniem do operacji w 30 przypadkach była grożąca asfiksja płodu, w reszcie przypadków przystąpiono do operacji ze względu na matkę, a to z powodu gorączki, grożącego pęknięcia macicy, drgawek porodowych, wyczerpania, braku bólów.

Wszystkie porody były czasowe. Inne zabiegi operacyjne nie mogły wchodzić w rachubę z powodu braku odpowiednich warunków.

Jeśli się teraz bliżej rozejrzymy w naszym materjale, okazuje się, że w 26 przypadkach główka była ruchoma nad wchodem lub lekko do wchodu przyparta, w 5 część przodująca była ustalona we wchodzie, w 8 przypadkach w próżni i jedne kleszcze wychodowe.

Operowaliśmy zawsze w narkozie. Łyżki zakładaliśmy zawsze typowo, o ile nie wystąpiły trudności i tak w 2 przypadkach uciekliśmy się do założenia łyżki od zatoki krzyżowo biodrowej i do zaadaptowania na główce. Co się tyczy obracania łyżki, w kilku przypadkach nie udało nam się to — tak żeśmy uciekli się do kleszczy Simpsona (4 przypadki), jak również w kilku główka, mimo ustalenia od zewnątrz uciekała tak, żeśmy w 4 przypadkach dokonali obrotu na nożkę. Raczej więc łyżka przednia nastręczała nam trudności, tylna tylko w jednym przypadku miednicy ogólnie ścieśnionej.

Zsuwanie się łyżek z główki podczas trakcji zaobserwowaliśmy w 2 przypadkach i mimo kilkakrotnego poprawiania tych łyżek nie udało się skończyć porodu. W jednym z tych przypadków był dość duży niestosunek porodowy — poród ukończono wymóżdżeniem; — możliwem jest, iż wystające promontorium było przeszkodą poprawnego uchwycenia główki biparietalnie i przy trakcjach łyżki zsuwały się z główki. W drugim przypadku była główka bardzo mała i uciekała z kleszczy mimo tego, iż łyżki w rękojeściach silnie zamknięto. W tym przypadku z trudem dokonano extrakcji kleszczami Kiellanda. W jednym z porodów miednicowych kleszczami ściągnięto pośladki z wchodu miednicy małej na dno miednicy, — w drugim musiano założyć haki.

Z tych 40 porodów 11 ukończono wymóżdżeniem. Porody pośladkowe skończyły się dla płodów niekorzystnie, w przypadku eklampsji urodzono płód nieżywy. Nadto 4 dzieci nie docucono. Zatem żywo urodzonych dzieci w naszym materjale było 22 — u pierwiastek 10, u wieloródek 12. Jeżeli uwzględnimy, iż mieliśmy 34 przypadki ścieśnionych miednic, nie można tej śmiertelności dzieci 45% odnieść do kleszczy Kiellanda tylko raczej do zmian kostnych — tembardziej, iż operowaliśmy, przeciętnie biorąc, w 26 godzin po odpływie wód płodowych — podczas gdy przeciętny czas trwania porodu w naszych przypadkach wynosił 48 godzin.

Obrażeń nie mieliśmy żadnych, ani na główce płodu, ani na częściach miękkich matki (6 episiotomji, 2 nacięcia szyji, 2 rozdarcia krocza II-go stopnia).

Żadna matka nie umarła, powikłań poporodowych nie spotkaliśmy żadnych prócz kilkudniowego podniesienia się ciepłoty u 3 chorych.

Teraz bliżej wglądniemy w przypadki nieprawidłowego ułożenia i ustawienia główki. Stosowaliśmy kleszcze Kiellanda przy położeniu ciemieniowem 1, czołowem 2, twarzowem 1. We wszystkich przypadkach chodziło o wysokie kleszcze. Poród w położeniu twarzowem z tendencją do nieprawidłowego zwrotu i poród czołowy szczęśliwie ukończono; obie pierwiastki, płody donoszone (jeden 4000 gr ważący) żywe. Drugi poród czołowy skończył się wymóżdżeniem z powodu niestosunku porodowego. Przy położeniu ciemieniowem kleszcze nie poszły, wobec tego zdjęto łyżki; ponieważ główka była ruchoma, zrobiono obrót na nóżkę, ciężka extrakcja główki, płód omdlały, niedocucony.

Mieliśmy również możność zastosować kleszcze Kiellanda przy asynklityzmie przednim w przypadku z rozciągniętym dolnym odcinkiem macicy i pierścieniem skurczowym, przebiegającym nieco niżej pępka u wieloródki. Założono kleszcze Kiellanda na główce przypartej do wchodu, typowo, bez trudności i urodzono płód żywy 4000 gr ważący. Natychmiast po założeniu łyżek i po próbnej trakcji asynklityzm się wyrównał.

Kleszcze Kiellanda jako kleszcze niskie, względnie instrument rotacyjny okazały się w naszych przypadkach bez zarzutu — żadnych trudności w zakładaniu łyżek, rotacja łatwa.

(Raz jeszcze wspomnieć muszę, że przy miednicy ogólnie ścieśnionej tylnej łyżki w naszym przypadku nie udało nam się założyć, mimo usilnych starań, gdyż wystające promontorium przeszkadzało, podobnie jak w przypadkach Brucha).

Zestawiwszy tych 40 przypadków z wszystkiemi pro i contra — powiedzieć musimy, iż mimo tych trudności w zakładaniu i pewnych niepowodzeń — bezsprzecznie kleszcze Kiellanda stanowią postęp w położnictwie. Bezwątpienia, jeśliby kto pokusił się zaopatrzyć tylko w jeden typ kleszczy, a wybrał do tego kleszcze Kiellanda, mógłby się znaleźć w przykrej sytuacji. O ile są one uniwersalne w znaczeniu zakresu działania i zastosowania — to niewątpliwie zdarzają się przypadki, w których zawodzą.

Uchwycenie główki w wymiarze ciemieniowym jest idealne i najkorzystniejsze — kleszcze Kiellanda spełniają ten warunek całkowicie.

Przy miednicy ścieśnionej — tam gdzie niestosunek porodowy jest pokonalny mają zastosowanie i są pożyteczne — niestosunku nie pokonują i do tego celu nie mogą służyć, jak zresztą każde kleszcze. W tym wypadku należy się uciec do innych metod operacyjnych.

Kleszcze te nadają się przy położeniach defleksyjnych i tam gdzie zachodzi potrzeba dokonania zwrotu, a więc każda nieprawidłowość ułożenia i ustawienia główki nadaje się do zabiegu. Stanowią więc krok naprzód w terapji położeń twarzowych i czołowych — szczególnie gdy jest tendencja do nieprawidłowego zwrotu. Jeśli czekaniem (Jaschke) nie dochodzimy do celu a płód żyje, możemy w łatwy i nieskomplikowany sposób rozwiązać rodzącą i uratować życie płodu, — w każdym razie w prostszy sposób, niż metodą Scanzoniego lub Langa.

W przypadkach nieprawidłowych zwrotów przy położeniu twarzowem lub czołowem Kielland ma wielką zasługę — rozszerzył zakres operacji kleszczowych i to dla tych najniewdzięczniejszych porodów. Części miękkie oszczędzają, płodu nie uszkadzają.

Nadają się jedynie do rąk rutynowanego i odpowiedzialnego położnika. Wymagają niezawodnie więcej, niż kleszcze klasyczne, znajomości fizjologji i patologji porodu, dokładnego badania i pewnej techniki operacyjnej.

Do ekstrakcji wymagają mniej siły fizycznej, są zgrabniejsze i delikatniejsze w użyciu. Ze zdziwieniem podnieść należy, że niektóre ciężkie porody w sposób zdumiewająco szybki i łatwy kleszcze Kiellanda rozwiązują, — jednak czasem zawodzą. Co zaś jest przyczyną tych niepowodzeń dopiero gruntowniejsza i dłuższa obserwacja zdoła wykazać. Sądzić należy, iż przyczyna leży albo w niedokładności uchwycenia główki, względnie w technicznych trudnościach przy zakładaniu kleszczy — a może i ich budowa wymaga jakiej poprawki, — byłoby może wskazanem zwiększyć oddalenie końców łyżek od siebie, gdyż w 2 przypadkach okręcenia pępowiny dookoła szyji — pępowina została uciśnięta przez kleszcze, płodów asfiktycznych nie docucono.

Piśmiennictwo.

1) Kielland: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1916. Tom 43. zeszyt I. — 2) Langer: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1916. T. 44. — 3) Mayer: Zentr, f. Geb. u. Gyn. 1921. Nr. 43. — 4) Schauta: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1918. Nr. I. ref. — 5) Halban: dtto. — 6) Liegner: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1923. Nr. 7 ref. — 7) Kleemann: dtto. — 8) Küstner: dtto. 9) Zimmerman: München. med. Woch. 1922. Nr. 19. — 10) Küstner: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1920. Nr. 29 ref. — 11) Riediger: Ztr. f. Geb. u. Gyn. 1920. Nr. 31. — 12) Stroder: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1919. Nr. 24. ref. — 13) Bruch: Mon. f. Geb. u. Gyn. 1922 Tom 58 zeszyt 5,6. — 14) Opitz: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1922. Nr. 5. — 15) Meumann: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1922. Nr. 9. — 16) Thies: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1922. Nr. 18 ref. — 17) Sachs: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1922. Nr. 46. ref. — 16) Frey-Bolli: Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1922. Nr. 48 ref. — 17) Zangenmeister: Zentrbl f. Geb. u. Gyn. 1922. Nr. 42. ref.

Oceny i sprawozdania.

C h i r a y, prof. agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, et L e b o n, interne des hôpitaux. **Le tubage duodénal.** Ses applications cliniques 218 str., 24 rysunki, 2 tablice barwne. Collection »Médecine et Chirurgie pratiques«. Cena 12 fr.

Znawcy metody zgłębnikowania dwunastnicy C h i r a y i L e b o n podają w sposób przejrzysty historję tej metody rozpoznawczo-leczniczej, opisują bardzo dokładnie jej technikę, metody badania otrzymanej cieczy dwunastniczej gołem okiem, chemicznie, drobnowidowo i bakterjologicznie i omawiają na podstawie piśmiennictwa i własnych badań jej znaczenie, jako metody pomocniczo-rozpoznawczej w schorzeniach różnych narządów, zwłaszcza wątroby z woreczkiem żółciowym i drogami żółciowemi, trzustki i dwunastnicy, nie omijając i schorzeń ogólnych. W końcu opisują autorzy zastosowanie zgłębnikowania dwunastnicy do celów leczniczych, zwłaszcza dla odżywiania chorego z pominięciem żołądka oraz w celu drenowania chorych dróg żółciowych. Książkę uzupełniają autorzy dokładnym wykazem na 10 stronicach dotychczasowego piśmiennictwa francuskiego, amerykańskiego z angielskiem i niemieckiego. Niestety, nie uwzględniają autorzy prac polskich prof. M a y e r a (Poznań), rozpoczętych jeszcze w klinice medycznej U. J. i kontynuowanych w Poznaniu. Ta okoliczność tembardziej jest niemiłą, że M a y e r przecież był pierwszy, który jeszcze przed E i n h o r n e m zaczął stosować zgłębnikowanie dwunastnicy. Przykre uczucie potęguje się tembardziej, że wśród różnych prac wymieniają autorzy sporo prac, w tej liczbie też pracę jednego z czylijskich lekarzy, które zasługują na wspomnienie tylko ze względu na całość wykazu piśmiennictwa. Dowodzi ta okoliczność niezbędności zorganizowania dokładnego referowania prac polskich w języku francuskim, bo przecież w żaden sposób nie możemy przypuścić, że autorzy, którzy tak skrzętnie zebrali bardzo już obszerne piśmiennictwo o zgłębnikowaniu dwunastnicy, rozmyślnie opuścili prace polskie.

Książka traktuje o metodzie, której można śmiało rokować dobrą przyszłość. Wyświadczy ona ogromną usługę każdemu, ktoby swemi pracami pragnął przyczynić się do rozwoju tej metody, dając mu obraz dotychczasowych zdobyczy w tym zakresie. Z wielkim pożytkiem jednak przeczyta ją też i każdy lekarz, zwłaszcza internista i chirurg, przekona bowiem ona jego o praktycznej doniosłości badań tą metodą. Książka wydana ładnie, jak wogóle wydawnictwa Massona. Cena 12 fr. — umiarkowana, zwłaszcza w porównaniu do obecnych cen książek polskich.

Witold Orłowski (Kraków).

Dr. E. L i b e r t. **Le tubage duodénal.** (Thèse de Paris). Baillière et fils. 1924. str. 126.

W doskonałej pracy, wykonanej w laboratorjum i klinice profesora C a r n o t'a, podkreśla L i b e r t znaczenie, jakie posiada zgłębnikowanie dwunastnicy dla djagnostyki i leczenia chorób dwunastnicy, trzustki, wątroby, oraz podaje techniczne wiadomości odnoszące się do samego zabiegu.

Badanie charakteru fizyko-chemicznego płynu wydobytego z dwunastnicy i poszukiwanie krwi daje cenne wskazówki; nie mniejszą wagę posiada określanie i dozowanie fermentów. Skomplikowana metodyka, głównie autorów amerykańskich i francuskich mniejszą ma doniosłość dla lekarzy praktyków. Tu względnie proste sposoby C a r n o t i M a u b a n, służące dla określania trypsyny, amylazy i lipazy, raczej szersze winny znaleźć rozpowszechnienie.

Analiza jakościowa składników żółci, dla oceny czynności żółciowej i względów leczniczych, pierwszorzędne również posiada znaczenie, ważne wskazówki djagnostyczne daje też dokładne badanie cytologiczne i parazytologiczne. Badanie flory dwunastniczej jest ważniejsze i dokładniejsze niż poszukiwania w kale — przynajmniej w pewnych stanach zakaźnych, prócz tego ma duże walory teoretyczne, n. p w poszukiwaniu dróg eliminacyjnych dla lasecznika gruźlicy, lub w ocenie stałej flory dwunastnicy osobnika zdrowego.

Książka oparta głównie na osobistem doświadczeniu autora a uwzględniająca obszerne wiadomości z piśmiennictwa, ma dużą wartość naukową i praktyczną.

W. K. (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

(Na 6 czerwiec 1923).

K. L i n d b e r g. **Dookoła sprawy barwika skórnego.** Część pierwsza. Sprawozdanie poglądowe.

H o u l o u s s i i B e h d j e t. **Leczenie bolaka wschodniego diatermją.** Autor leczył cztery przypadki bolaka wschodniego diatermją i wszystkie wyleczył w przeciągu bardzo krótkiego czasu, bo w przeciągu 15—20 dni, a co najważniejsze, osiągnął po wyleczeniu blizny gładkie, nie wiele różniące się od skóry otaczającej zdrowej. Wszystkie używane dotąd do leczenia bolaka wschodniego środki lecznicze, takie jak winian antymonowy, kwas węglowy ześnieżony, ciała promieniotwórcze, a w szczególności polecany w ostatnich czasach salwarsan, czy to w postaci wstrzykiwań dożylnych, czy w postaci wstrzykiwań w ognisko chorobowe, czy wreszcie w postaci zasypek lub maści salwarsanowych, dają wyniki niepewne i zmienne, a co ważniejsze, wymagają w najlepszym przypadku kilku miesięcy czasu leczenia. Odnośnie do wstrzykiwań dożylnych salwarsanu zauważa B., że zawiodły go niemal zupełnie, bo na 15 przypadków bolaka, leczonych tym sposobem, zaledwie w 6 zauważył nieznaczną poprawę i sądzi, że ten sposób leczenia nie nadaje się do usuwania choroby, która jest przecie miejscową, a nie ogólną ustrojową.

J. M o n t p e l l i e r i A. L a c r o i x. **Un cas de naevus pseudo-colloide perifolliculaire.** Ze spostrzeżeń klinicznych, z badań histologicznych i porównania ich z opisami podobnych przypadków z piśmiennictwa, cierpienie to należałoby, zdaniem autorów, do grupy zmian chorobowych, opisanych przez L e w a n d o w s k y'ego pod nazwą: »*naevus elasticus*«.

H. B u l l i a r d. **Wpływ powtarzanego strzyżenia i golenia na rozwój włosa.** B. badał wzrost włosów na grzbiecie ręki i dokładnemi pomiarami przekonał się, że we wzroście włosów należy odróżnić dwa okresy: pierwszy to okres szybkiego i zawsze równomiernego wzrostu włosa, jego równomierne przybieranie na długości w jednakowych odstępach czasu, okres drugi, to okres zwolnienia wzrostu i zupełnego wreszcie ustania jego. Ten okres drugi zbliża się wówczas, gdy włos dosięga długości zwykłej dla włosów danej okolicy skóry. Włos nie rośnie dalej i wypada, a jego miejsce zastępuje nowy włos o tym samym typie wzrostu. Czy zatem strzyżenie wpływa w jakikolwiek sposób na typ wzrostu włosa? Z doświadczeń autora wynika, że po strzyżeniu włos nie rośnie inaczej, przeciwnie z tą samą szybkością, w jakiej fazie wzrostu był w chwili strzyżenia. Zdarzyć się może, że włosy strzyżone w okresie szybkiego wzrostu (włosy młode) przerosną po pewnym czasie włosy będące w okresie powolnego wzrostu. Widzi się to zwłaszcza na brodach przystrzyganych, które po pewnym czasie stają się nierówne i wymagają ponownego zrównania. Z doświadczeń autora wynika także, że nie jest uzasadnione twierdzenie, że częste strzyżenie lub golenie wpływa korzystnie na porost włosów. U chorej dotkniętej zupełnem wyłysieniem z powodu łysiny plackowatej golono meszek głowy przez 7 miesięcy 2 razy tygodniowo na prawej połowie głowy tylko, prócz tego stosowano leczenie przeciw wyłysieniu. Skoro później zgolono równomiernie raz całą głowę, a więc i jej lewą połowę, okazało się, że porost włosów strony prawej, tak często golonej, nie różnił się niczem od porostu włosów strony lewej. Jeżeli sobie uprzytomnimy, że na wzrost włosa mają wpływ jedynie komórki $^1/_3$ lub $^1/_4$ dolnej korzonka włosa, to zrozumiemy, że na nie przedewszystkiem a nie na trzon włosa należy wpływać pobudzająco.

(Nr. 7. lipiec 1923).

R. S a b o u r a u d. **Sprawa wyprzania grzybkowego.** W artykule polemicznym, spowodowanym poglądami P e t g e s'a, wyrażonemi w jego pracy przedstawionej na zjeździe dermatologów francuskich, porusza S. sprawę wyprzania

i stara się uzasadnić, że w wprowadzaniu nowych czynników etjologicznych trzeba zachować ostrożność — spokojną krytykę i miarę naukową. Według S., znamy dotąd dwa zupełnie dobrze określone rodzaje wyprzania, a to wyprzanie zwykłe (*intertrigo)*, które zdaniem S. nie jest niczem innem tylko zwykłym liszajcem *(impetigo vulgaris)*, wywołanym paciorkowcem i wyprzanie swoiste, spowodowane zakażeniem rozmaitemi grzybami typu »*epidermophyton inguinale*«. Do tego drugiego rodzaju wyprzania należy zaliczyć odmianę wyprzania opisaną przez H e b r ę pod nazwą: »*Eczema marginatum*«. Jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że przyczyną wyprzania grzybkowego mogą być i są napewne inne gatunki, a nie koniecznie »*epidermophyton*« (znamy 7 różnych odmian czy gatunków), to przecież w oznaczaniu tych gatunków, a jeszcze więcej w ustaleniu istotnej etjologji, o ile chodzić ma o etjologję nową, dotąd nieznaną, nie można postępować lekkomyślnie. A jednak niestety tak się dzieje, »bo jest ambicją wielu autorów odkrywać ziemie nieznane, nową florę«. Zdaniem S a b o u r a u d' a, opisy nowych gatunków grzybów będących rzekomo przyczyną wyprzań grzybkowych, nie są oparte na dość ścisłych badaniach mikroskopowych i hodowlanych. Odnosi się to zwłaszcza do opisywanych tak często rozmaitych gatunków drożdży, rzekomych czynników chorobotwórczych, a w istocie zanieczyszczeń przypadkowych. Nim uznamy jakiegoś pasożyta za nową, istotną przyczynę chorobotwórczą pamiętajmy o zasadach pasteurowskich: o wyosobnieniu na pożywkach, o wykazaniu, że wywołuje zawsze te same zmiany chorobowe, a później wnioskujmy.

O. E l i a s c h e f f. **De l'epithélioma pagetoide.** Ta postać nabłoniaka, znana dobrze w Ameryce i Anglji i bynajmniej nie tak rzadka, mało była dotąd uwzględniana w piśmiennictwie francuskiem. To skłania autorkę do ogłoszenia nowego przypadku, przyczem uwzględnia dokładnie cechy kliniczne tego cierpienia, nie mniej i obraz histologiczny, dozwalający wyróżnić »*epithelioma pagetoïde*« od drugiej postaci nabłoniaka, klinicznie niemal takiej że samej, od t. zw. choroby B o w e n a. Z cech klinicznych opisanych szczegółowo przez autorkę podnieść należy, że siedzibą najczęstszą »pagetoidu« jest twarz (choć schorzenie to można napotkać i na skórze szyji, tułowia i odnóży), że zmiana chorobowa przedstawia się początkowo jako plama różowo czerwona, lekko wyniosła, ściśle od skóry zdrowej odgraniczona i otoczona po brzegach rąbkiem żółtawo-czerwonym, połyskującym lekko, ponad powierzchnię wyniosłym. Skóra otaczająca nie okazuje ani objawów zapalnych ani zgrubienia. Podstawa »pagetoidu« jest zbitsza, daje wrażenie kartonu, a powierzchnia pokryta jest przyskórkiem zrogowaciałym i ścieńczałym Zmiana chorobowa swędzi dość dotkliwie, nie sięga nigdy głęboko w utkanie skóry i rozwija się bardzo powoli, posuwając się ledwie dostrzegalnie w przeciągu lat lub dziesiątek lat. Tylko wyjątkowo i to z powodu urazów, wywołanych drapaniem przy znaczniejszem swędzeniu, przyskórek ścieńczały ulega zniszczeniu i wówczas wytwarza się, zwłaszcza w zmianach chorobowych starszych, płaskie owrzodzenie, pokrywające się rychło mocno przylegającym strupem. »Pagetoid« występuje najczęściej w wieku późniejszym, między 40 a 60 rokiem życia. Jakkolwiek pewne zmiany chorobowe takie jak wyprysk, nadmierne starcze rogowacenie skóry (keratosis senilis), rumień toczniowy, łuszczyca ograniczona, lub kiła późna mogą w pewnych warunkach być nieco podobne do »pagetoidu« to przecie uwzględnienie tych lub owych cech klinicznych wyróżniających ustrzeże od omyłki, natomiast odróżnienie »pagetoidu« od choroby B o v e n a na podstawie samego obrazu klinicznego jest zdaniem autorki niemożliwe. W tym ostatnim przypadku o rozpoznaniu rozstrzyga jedynie badanie mikroskopowe. Jakkolwiek większość autorów w utkaniu »pagetoidu« znajduje głównie atypowe, właściwe nabłoniakom bujanie komórek podstawowych naskórka (*epith. basocellulare*), to jednak znane są postacie mieszane, gdzie buja nietylko warstwa podstawowa komórek przyskórka, ale także obok nich i ogniskowo warstwa komórek kolczastych (*epithelioma spino-baso-cellulare)*. Komórki atypowo bujające nie przekraczają nigdy środkowych warstw skóry w stadjach początkowych i na obwodzie. Dzieje się to dopiero późno i w częściach środkowych nowotworu. W przypadku autorki utkanie nabłoniaka było mieszane. Przyczyny »pagetoidu« dopatruje się większość autorów w zabłąkanych komórkach znamion. W leczeniu należy się posługiwać ciałami promieniotwórczemi lub zabiegiem chirurgicznym.

Ch. L a u r e n t i e r. **Przyczynek do studjum cytologicznego kilaka.** L. poddaje krytyce dotychczasowe zapatrywania różnych autorów na budowę histologiczną i cytologiczną wykwitów kiłowych trzeciorzędnych i opierając się na własnych badaniach dotyczących 8 przypadków kilaków, dochodzi do wniosku, że w budowie kilaka nie ma żadnej cechy wybitnie swoistej ani pod względem histologicznym, ani cytologicznym. »Składniki komórkowe, które są wyrazem oddziaływania tkanek żywych na krętki, są poprostu składnikami łącznotkankowemi różnego pochodzenia i różnej postaci i są pozbawione wszelkich cech swoistych. Nie ma wogóle swoistej histologji kilaka«.

K. L i n d b e r g. **Naokoło sprawy barwika skóry.** (Część druga). Krytyczne zestawienie poglądów zebranych z piśmiennictwa, będące już samo przez się streszczeniem.

A. L y o n. **Jeszcze jeden przypadek jednostronnego zęba Hutchinsona.** Przypadek opisany przez autora jest trzecim z rzędu spostrzeganym w tej samej klinice w przeciągu lat 9-iu, a zatem nie jest rzadkością, należałoby tylko pilnie śledzić za tą wadą. Powszechnie przyjmuje się, że znamiona kiły wrodzonej, występujące obustronnie i umiarowo takie, jak guzki Carabella, niedorozwój zębów siecznych środkowych i t. p. polegają na zaburzeniach w gruczołach dokrewnych; czy wobec tej nieumiarowości, jak w danym przypadku, nie byłoby słuszniej przyczyny wady rozwojowej dopatrywać się raczej w usadowieniu się krętków bladych bądźto w bruździe międzysiecznej, bądź w zębodole?

Lenartowicz (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e poświęcone pamięci b. prezesa T-wa śp. prof. Z d z i s ł a w a D m o c h o w s k i e g o. w dniu 29 stycznia 1924 r. Przewodniczy prof. A. L e ś n i o w s k i.

Wita rodzinę zmarłego śp. prof. Dmochowskiego i obecnych na posiedzeniu gości, przedstawia znaczenie, jakie miało i ma w życiu lekarskiem T-wo Lekarskie i podnosi to, iż śp. prof. D już w początkach swej działalności lekarskiej został przyjęty do T-wa jako członek czynny T-wa. Zmarły brał czynny udział w pracach T-wa. W dowód uznania, dla pracy śp. prof. D., jego charakteru i zaufania członkowie T-wa w roku 1920 wybrali śp. prof. Dmochowskiego na prezesa T-wa. Zaszczytne to stanowisko zmarły piastował w ciągu 1920 i 1921 roku, w latach najcięższych, umiał jednak utrzymać działalność T-wa. Stan zdrowia nie pozwolił śp. prof. D. na dalszą pracę w T-wie i zmusił go do usunięcia się od pracy naukowej i społecznej. Po dłuższej chorobie zmarł d. 6 stycznia 1924 r.

Cześć jego pamięci!

Zebrani powstają z miejsc, aby uczcić pamięć zmarłego.

Kol. K r y n i c k i kreśli działalność śp. prof D. w Towarzystwie Naukowem. Wiele pracy poświęcił zmarły w okresie organizacyjnym Towarzystwa Naukowego. Dzięki Jego usilnym staraniom i zabiegom udało się T-wu Naukowemu uzyskać znaczne fundusze, nabyć odpowiedni gmach. Był on inicjatorem utworzenia pracowni naukowych T-wa; był przez lat kilka wiceprezesem Towarzystwa Naukowego.

Z. S ł a w i ń s k i w swojem przemówieniu przedstawia życie śp. prof. Dmochowskiego. Było ono ciągiem wytężonej pracy przy niespożytej energji i wytrwałości, poświęcone ukochanej gałęzi wiedzy lekarskiej anatomji patologicznej.

Prof. G l u z i ń s k i przemawia od Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Mówca przedstawia stosunek władz Uniwersytetu do zmarłego profesora i pełne uznanie dla jego pracy.

W końcu przemówienia prof. G. składa wyrazy głębokiego żalu i współczucia pozostałej rodzinie.

L. P a s z k i e w i c z szczegółowo ocenia prace zmarłego śp. Z. Dmochowskiego, podnosi ich wartość, szczególniej obszernego podręcznika Djagnostyki Anatomji Patologicznej.

Kol. S. R u d z k i omawia działalność śp. prof. Dmochowskiego w Wojsku Polskiem i przedstawia ogrom pracy, jaką włożył zmarły przy organizacji Wojskowej Rady Sanitarnej, oraz szerokie ujęcie pomocy sanitarnej w wojsku

Prezes składa wyrazy współczucia pozostałej rodzinie.

Natem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie ogólne w d. 5 lutego 1924 r.

Przewodniczący prof A. Leśniowski.

Prezes składa podziękowanie ustępującym członkom prezydium prof. A. Gluzińskiemu, Władysławowi Starkiewiczowi i członkowi Zarządu Adolfowi Kozerskiemu, i wita nowowybranych członków T-wa i wręcza dyplomy Czarnecie Bojarskiemu, Góreckiemu, Jakowickiemu, Krasnopolskiemu, Milewskiemu, Misiewiczównie, Moczarskiemu, Niewiadomskiemu, Niewińskiemu, Oborskiemu, Szperowi, Sabatowi, Szerypie, Wildze, Zalewskiemu.

Prezes komunikuje o śmierci czynnego członka T-wa śp. Konstantego Sierpińskiego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Sekretarz stały A. Sokołowski Podskarbi Babiński przedstawiają wniosek Zarządu, aby podnieść składkę członkowską za I kwartał do wysokości 4 miljonów mkp. Przyjęto jednogłośnie.

Wiceprezes Zieliński K. przedstawia w imieniu Zarządu konieczność dania Sekretarzowi stałemu zastępcy i występuje z wnioskiem, aby zebrani upoważnili Zarząd do wybrania zastępcy Sekretarza stałego. Przyjęto jednogłośnie.

Przedstawionych przez Zarząd na zasadzie § 74 regulaminu kandydatów na członków Komitetu Bibljotecznego Jana Bączkiewicza, prof. Fr. Giedroycia, Ludwika Zembrzuskiego zebrani zatwierdzili.

J. Rutkowski wygłasza rzecz pt. „Wstęp do nauki o konstytucji.«

W dyskusji prof. Loth zaznacza, że tego rodzaju wykłady należy powitać bardzo gorąco, ponieważ zaznajamiają świat lekarski z pewnemi zjawiskami bjologicznemi. Prof. Loth pragnąłby, aby w Polsce nie mówić o „konstytucji“ lecz o konstytucjonaliźmie.

W przemówieniu swojem prof. L. prostuje twierdzenie prelegenta, że Mendel odkrył prawo dziedziczności na zwierzętach i roślinach. Mendel robił swoje spostrzeżenia jedynie na roślinach; później dopiero spostrzegano wykryte przez Mendla zjawiska na ślimakach i nakoniec na licznych zwierzętach. Niesłusznie mówimy o dziedziczeniu cech według Mendla, gdyż praw tych jest więcej (Platego i innych).

Loth stoi na tem stanowisku, na którem stoi i prelegent. Rzeczowe krytyki tego poglądu ze strony poważnych badaczów zmusiły prof. Lotha do krytycznego rozpatrzenia tego poglądu np. jakie podłoże ustroju zostało odziedziczone przy hemofilji

Na jakiem podłożu rozwija się skaza moczanowa? Jakie mają podłoże do swojego powstania dziedziczne obrzęki, które występują dopiero w 40-ym roku życia Badania Hirszfelda nad zjawiskami mendelizmu w surowicy krwi zastanawi ją, na jakiem podłożu i na jakich produktach się rozwijają. Prelegent mówił o dziedziczności w sensie absolutnie laboratoryjnym. W naturze odbywa się to inaczej, tam istnieje prawo doboru naturalnego. Wielki przewrót zrobiła ostatnia wojna. Czyste typy wyginęły; zmienił się przez to stosunek, zmieniła się też procentowość czystych cech, a mianowicie zbliża się do 50%, pozostaje jednak ponad 50% gdyż przy spadku poniżej 50% nie można mówić o typie Zakaźne choroby również gwałtownie zmieniają całe ustosunkowanie. W ocenie zjawisk dziedziczności wskazana jest daleko idąca ostrożność.

Hirszfeld wspomina o dziedziczeniu grup serologicznych we krwi. Grupy te dziedziczy się według prawa Mendla. Surowica krwi to nie mieszanka, surowica posiada swój wyraz. Przy badaniu surowic nastręcza się pytanie, czy przeciwciała normalne mają też swoje zastosowanie, czy się je dziedziczy według praw. Grupy surowicze A i B dziedziczą się według praw Mendla. Jeżeli surowica matki A daje odczyn Schicka dodatni, surowica ojca B daje odczyn Schicka ujemny, to o ile surowica krwi dzieci daje odczyn Schicka dodatni, to dowodzi, że dzieci odziedziczyły surowicę po matce; jeżeli zaś odczyn Schick'a surowicy krwi dzieci wypada ujemnie, to znaczy, że dzieci odziedziczyły surowicę krwi po ojcu.

Na tej podstawie będziemy mogli wnioskować co do rokowania.

Sabat omawia spostrzegany przez siebie przypadek początkowego okresu gruźlicy u dwóch sióstr 11 letniej i 19 letniej. Jedna z sióstr była podobna do ojca, druga do matki. Pomimo zewnętrznej różnicy obraz na roentgenie jak u jednej tak u drugiej siostry był zupełnie podobny: takie samo umiejscowienie pierwotnego zakażenia w szczycie dolnego płatu prawego, te same smugi gruczołów i ten sam stosunek spostrzeganych zmian do konturów klatki piersiowej.

Orzechowski jest zwolennikiem zapatrywania, że konstytucja odgrywa rolę w etjologji chorób. Badania nad konstytucją spotykają trudności i kończą się bez wyniku Prof. O. opierając się na dużym materjale osteomalacji, począł szukać pewnej konstytucji ustroju w powyższem cierpieniu. Po dłuższych badaniach zdawało się prof. O., że wynik będzie przejrzysty. Wszyscy chorzy badani przez prof. O. wykazywali typ wybitnie trawienny. Dalsze badania wykazywały konstytucję mieszaną. W życiu przeważają typy mieszane, stwierdzał to Sigaut. W tych mieszanych typach jeden typ bierze przewagę i daje wybitniejsze rysy. Badając takie typy, zdani jesteśmy na subjektywizm badacza. Opierając się nawet na obfitym materjale, mogłoby się zdawać, że to typ konstytucyjny usposabiający do danego cierpienia. Jeżeli zaś wziąć pod uwagę typ przeważający w danej okolicy, to może się okazać, że typ przyjmowany za konstytucyjny jest jedynie typem przeważającym w danej okolicy. Na tą ostatnią trudność prof. O kładzie nacisk.

Zdarza się, że konstytucja chorobotwórcza jest zamaskowana. Mogą być astenicy, którzy przy bliższem badaniu nie robią wrażenia asteników.

W odpowiedzi Rutkowski wyjaśnia przyczyny dlaczego zajął się tą sprawą. Wyraża wdzięczność prof Lothowi za zwrócenie uwagi na pewne niedokładności, które postara się wyjaśnić.

Odbyły się wybory do Zarządu na miejsce wybranego na wiceprezesa Kazimierza Zielińskiego. Wybrany został Wacław Łapiński.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wacław Kowalski sekretarz doroczny.

Warszawskie Towarzystwo Anatomiczne.

Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Anatomicznego z dnia 14. lutego 1924 r.

Przewodniczący prof. E. Loth.

Protokoły poprzednich posiedzeń, po odczytaniu przyjęto.

1) Dr. M. Zalewski demonstruje !) preparat **tętnicy tarczowej** górnej, której tylna gałąź opuszcza się ku dołowi i unaczynia resztki grasicy. Tętnica ta kończy się licznemi rozgałęzieniami w osierdziu i łączy się wreszcie z najniższą tętnicą tarczową odchodzącą od prawej tętnicy szyjnej wspólnej, a oddającą również gałązki do osierdzia.

2) Przypadek nadmiernie szerokiej **sieci wielkiej** która rozpościera się nietylko wzdłuż okrężnicy poprzecznej, ale sięga na okrężnicę wstępującą i kiszkę ślepą.

3) Dr. P. Słonimski »**Nowe płyny imersyjne**«. Prelegent omawia szereg płynów imersyjnych, zaproponowanych w ostatnich czasach celem zastąpienia olejku cedrowego przez Hartridga (prawie nasyc. roztwór KJ. w 50% wodnym rozczynie gliceryny i prawie nasyc. roztworze cukru + KJ), Rowntree (ol. parafinowy). Jensena (ol parafinowy + monobrominaftalina) i Wasickiego (ol santałowy, ol rycynowy i ol. parafinowy). Na zakończenie prelegent demonstruje własny płyn imersyjny (o. współ. zał. św 1515) a będący odpowiednią mieszaniną Bals. copaivae (Maracaibo) z aldehydem cynamonowym (Rzecz ukaże się w druku).

4. Prof. K. Stołyhwo. „**W sprawie analizy typów antropologicznych**“. W dłuższem przemówieniu prelegent przedstawia wyniki badań antropologicznych na materjale, zgromadzonym przez referat antropologiczny M. S W. na terenie powiatu Ostrowskiego Województwa Białostockiego, badań, prowadzonych własną metodą, polegającą na ujęciu realnych typów antropologicznych zapomocą korelacji barwnikowej barw oczów i włosów.

W dyskusji zabierał głos prof. Loth.

Dr. *Popielski*, sekretarz

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 6 lutego 1924 r.

I. Kol. Goldmann przedstawia: 1) Przypadek »**aneurysma arteriae femoralis spurium**“, operowany bout a bout u chorego, który przed 6 laty skaleczył się nożyczkami w górną część lewego uda. 2) Mężczyznę po resekcji dwunastnicy z powodu wrzodu; skóra chorego na całej przestrzeni tułowia i kończyn pokryta jest tłuszczakami; ten objaw spotyka się w przebiegu wrzodu dwunastnicy, jako stygmat konstytucji.

II. Kol Siwiński wygłasza odczyt „**O leczeniu porażenia postępującego flogetanem**“. Flogetan stosowano w Kochanówce w 14 przypadkach, w tem było 6 przypadków z polepszeniem i 2 zgony. Stosowano podskórnie, poczynając od 1,0 gr i zwiększając dawkę przy następnej injekcji o 1·0 gr. Całkowita ilość wprowadzonego flogetanu wynosiła 60 do 70 gr. Odczyn Wa we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym pod wpływem flogetanu żadnym zmianom nie ulegał. Poprawa cechowała się znikaniem stanu podniecenia, urojeń, omamów zmysłów, niekiedy zaś powrotem odruchów kolanowych i Achillesowych.

W dyskusji zabierali głos kol. Frenkel, Sterling i Tenenbaum.

Protokół posiedzenia z dnia 20. lutego 1924 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia 13 letnią dziewczynkę, u której w czasie 4 miesięcznej obserwacji stopniowo występowały pakiety gruczołów na szyji, pod pachami i w pachwinach; gruczoły te ginęły stale po kilku naświetlaniach Roentgenem, aby wystąpić w innem miejscu. Badanie wykazało: nadzwyczajna bladość skóry, ogólne osłabienie, dreszcze, obfite poty, biegunka, kaszel, krwawienia z nosa. Stłumienie w szczycie lewego płuca przy normalnym oddechu, stłumienie w górnej części mostka; śledziona wystaje z pod łuku żebrowego na 4 palce, wątroba na 3 palce, bóle w górnych kończynach T° 37,2° — 37,4°.

Badanie Roentgenowskie wykazało powiększenie gruczołów okołotchawicowych może zmienioną grasicą. Obraz krwi: Hb— 37%. Erytroc. 2.720.000. Leukoc. 10.000. Neutrof. 64%. Eozynof 0,5%; Bazof. 0,5%, Limfoc. 25%, Monoc. 10% Index 0,68%. Pirquet — ujemny. Różniczkując pomiędzy: 1) lymphomatosis tbc. 2) ogólną gruźlicę gruczołową 3) lymphogranulomatosis; 4) lymphosarcoma ograniczona; 5) lymphosarcomatosis generalisata Kun-

drata i 6) lymphadenosa aleukemiczna Kol. Grossglik zatrzymuje się na tej ostatniej.

II. Kol. Eljasberg wygłasza odczyt: »O **badaniu czynnościowem nerek w chirurgji**«.

III. Kol Klozenberg demonstruje mózg 65 letniej kobiety któ a miała porażenie prawostronne oraz obwodowe porażenie lewego nerwu twarzowego. Na moście, na wysokości jąder nerwu twarzowego znaleziono wylew krwawy i znaczną ateromatozę naczyń mózgowych.

Sprawy zawodowe.

Okręg Małopolski Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Krakowie nadsyła nam pismo następujące:

Walne Zgromadzenie Okręgu Małopolskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego odbyło się w Krakowie w dniu 30 marca 1924 w wielkiej sali Domu Lekarskiego. Na posiedzenie przybyło 75 członków, częściowo krakowskich, częściowo zamiejscowych. Odczytano protokół z ostatniego Walnego Zgromadzenia. Przewodniczący Dr. Cercha wita serdecznie zebranych Kolegów i poświęca gorące słowa pamięci 18 członków zmarłych w roku sprawozdawczym. W szczególności podnosi zasługi byłego prezesa Okręgu śp. Dra Wacława Damskiego.

Dr Siatecki, lekarz powiatowy z Kolbuszowej, zaznacza, że lekarze powiatowi są zmuszani do obejmowania posad dla leczenia urzędników państwowych pod rygorem utraty dotychczasowego stanowiska i zapytuje o dyrektywę. W tej samej sprawie zabiera głos Dr. Bednarski Józef, lekarz okręgowy z Alwerni, który zaznacza, że Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie obowiązki te chce narzucić lekarzom okręgowym.

Po obszernej dyskusji uchwalono zgłosić do Wydziału Wykonawczego w Warszawie odpowiednie wnioski z przedstawieniem do właściwego ministerjum.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie sekretarza z czynności Wydziału, skarbnika, i kierownika Kasy Pogrzebowej, kierownika funduszu Jordana i sprawozdanie Komisji Kontrolującej. Imieniem tej Komisji wnosi Dr. Schneider o udzielenie absolutorjum. Wniosek jednogłośnie przyjęto, a nadto podziękowano skarbnikowi za nadzwyczaj sumienne i dokładne prowadzenie ksiąg kasowych.

W sprawie niekarności członków Okręgu, którzy wbrew zobowiązaniu przyjmują bojkotowane przez Związek posady dla leczenia urzędników państwowych zabiera głos Dr Ludmirski, który domaga się od Wydziału energicznego postępowania w tej sprawie, gdyż lekarze ci działają na szkodę ogółu lekarskiego W tej samej sprawie zabiera głos Dr. Piątkowski i Dr. Kostecki. Uchwalono załatwienie tej sprawy i dalsze jej traktowanie pozostawić Wydziałowi Okręgu, do którego ogół lekarzy ma zaufanie.

W sprawie zaprenumerowania dla członków Okręgu miesięcznika „Nowiny Lekarskie" rozwinęła się obszerna dyskusja, w której zabierali głos przewodniczący. Dr. Grzybowski, D . Schneider, prof. Bujwid, Dr. Nieć, Dr. Piątkowski, Dr. Hinze, Dr. Narzowski, Dr. Ludmirski, Dr. Zakrzewski i Naczelnik Izby Dr. Strzemieński, poczem jednogłośnie uchwalono przystąpić do zaprenumerowania „Nowin Lekarskich«. Pismo to będzie rozsyłane wszystkim kolegom, członkom Okręgu, bezpośrednio przez Administrację.

Żywą dyskusję wywołał wniosek Wydziału, ażeby wkładkę roczną podnieść do wysokości 24 złotych polskich Wkładkę tę należało podnieść do wspomnianej wysokości, gdyż służyć ona będzie na pokrycie opłaty za „Nowiny Lekarskie", poglównego do macierzy i wydatków administracyjnych Okręgu. Uchwalono jednogłośnie.

Również jednogłośnie uchwalono wniosek Wydziału, by wkładkę bieżącą do Kasy Pogrzebowej podnieść na trzy złote (3 zip). Gdyby potrzeba tego wymagała, upoważniono Wydział do podniesienia tej wkładki.

Wielkie zaciekawienie i ożywioną dyskusję wywołał referat kolegi Dra Bednarskiego z Alwerni o opłakanem położeniu materjalnem lekarzy okręgowych. Uchwalono zwrócić się za pośrednictwem Wydziału Wykonawczego w Warszawie do Państwowej Służby Zdrowia w Ministerjum Spraw Wewnętrznych o wywalczenie następujących żądań: 1) by starszych lekarzy okręgowych posunięto do VIII i VII rangi i wypłacano im pobory 1-go każdego miesiąca za pośrednictwem PKO; 2) by stanowiska lekarzy okręgowych uznano za urzędy sanitarne, upoważnione do ryczałtowej opłaty pocztowej w myśl rozporządzenia Ministerjum Poczt i Telegrafów z dnia 26/5 1923 r.; 3) by zaprowadzono kilometrowe do objazdów urzędowych ; 4) by podniesiono emerytury dla wdów i sierót po lekarzach okręgowych odpowiednio do obecnych warunków życiowych.

Dr. Ludmirski zgłasza wniosek polecający Wydziałowi Okręgu bezzwłoczne wywarcie nacisku na Izbę lekarską, aby ta w myśl art. 4-go ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich przystąpiła jak najśpieszniej do założenia instytucji, mającej na celu zabezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, starości, stałej niezdolności do pracy, i wogóle od wypadków, wymagających doraźnej pomocy, jak również ubezpieczenia wdów i sierót po lekarzach Uchwalono załatwienie tej sprawy poruczyć Wydziałowi.

Wybrano do Wydziału na rok bieżący: następujących kolegów; Dra Maksymiljana Cerchę, jako prezesa, Dra Juljusza Piątkowskiego, jako wiceprezesa, Dra Franciszka Marcyaniaka, Dra Arnolda Banneta, Dra Adama Fonferkę (z Jaworzna), Dra Grzegorza Grzybowskiego, Dra Ludwika Schneidra, Dra Józefa Nuessenfelda, Dra Eljasza Stahra, Dra Józefa Wiśniewskiego i Dra Władysława Żydłowicza. Do Komisji Kontrolującej — Dra Józefa Bednarskiego (z Alwerni), Dra Mieczysława Nartowskiego i Dra Brunona Woyciechowskiego

W końcowem przemówieniu prezes Dr. Cercha dziękuje Kolegom za liczne przybycie i żywe zainteresowanie się sprawami Związku, i ma nadzieję, że sprawa zorganizowania wszystkich Kolegów, mieszkających w Okręgu, pójdzie obecnie żywszem tempem, do czego przyczyni się w wysokim stopniu i prenumerata „Nowin Lekarskich". Na łamach „Nowin" będą omawiane żywotne sprawy organizacji, a w łonie Wydziału stworzy się Komitet Redakcyjny, który sprawę tę ujmie w swe ręce.

Z poważaniem

Dr. Marcyaniak w. r. *Dr. Cercha* w. r.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Polskie Stowarzyszenie Złotego Krzyża (z siedzibą we Lwowie), obejmujące urzędników państwowych całej Polski, uruchomiło w ostatnich dniach własne Sanatorjum dla piersiowo chorych urzędników państwowych (i ich rodzin) w Supraślu koło Białegostoku. Do Zakładu tego, położonego w suchej lesistej okolicy, składającego się z kilku budynków mieszkalnych i gospodarczych, będą przyjmowani za minimalną opłatą urzędnicy państwowi (członkowie Stowarzyszenia Złotego Krzyża) w pierwszych okresach choroby i zagrożeni gruźlicą. Chorzy będą pod opieką stałego lekarza zakładowego, specjalisty w chorobach płucnych, b. asystenta prof. Ant. Glużińskiego. O bliższe warunki i informacje należy się zwracać do „Kierownictwa Sanatorjum Złotego Krzyża dla piersiowo chorych w Supraślu koło Białegostoku" (Poczta i apteka w miejscu) Do zgłoszenia o umieszczenie w zakładzie należy dołączyć świadectwo lekarskie, stwierdzające okres choroby, czy chory gorączkuje i czy jest w stanie zaraźliwym, dalej legitymację członka Stowarzyszenia i znaczek pocztowy na odpowiedź.

Ze świata.

Medjolan. Otwarto tu nowy Uniwersytet, który posiada 4 Wydziały. Pierwszym rektorem został senator Dr. Mangiagalli, znany ginekolog.

Bruksela Czwarta serja "Journées médicales" odbędzie się w Brukseli w dniach 29 czerwca do 2 lipca b. r., pod wysokim patronatem Króla i Królowej. Sesje te gromadzą corocznie setki lekarzy praktyków. Wśród wielu zgłosili też odczyty wybitni przedstawiciele medycyny praktycznej i teoretycznej jak: Carrel, Bordet Levaditi, Carnot, l'abbé Kopaczewski i inni.

Równocześnie odbędzie się międzynarodowa wystawa (z wyjątkiem Niemców) przetworów farmaceutycznych, narzędzi chirurgicznych, przyborów operacyjnych; specjalny dział wystawy zostanie poświęcony stacjom klimatycznym.

Wkładka 40 fr.

Zgłoszenia przyjmuje Dr. René Beckers, sekr. gen., Bruksela 36, rue Archimède

Sprostowanie. W artykule J. Eisenfarba (Nr. 16/17) winno być adsorpcja zamiast absorpcja. W wierszu 4-ym opuszczono wyraz „uczona", zaś w w. 6-ym „liczby".

Do P. T. lekarzy, dyrektorów lecznic, zakładów sanitarnych i zdrojowych.

Koło Medyków Studentów Uniwersytetu Poznańskiego zwraca się z uprzejmą prośbą o przyjmowanie na czas wielkich wakacji (to jest od 1 lipca do października) Koleżanek i Kolegów za odpowiedniem wynagrodzeniem do pełnienia prac, odpowiadających odbytym studjom (zastępstwa lekarzy, praca w szpitalach, sanatorjach, zdrojowiskach, instytucjach sanitarnych, farmaceutycznych i t. p.).

Znaczna część Kolegów, będąca w przykrych warunkach materjalnych, zmuszona jest do pracy zarobkowej, zupełnie oderwanej od przedmiotu studjów Przyjęcie studenta na wyżej wymienione zajęcia umożliwi mu sposobność nabycia pod doświadczonem kierownictwem niezbędnego dla lekarza wykształcenia praktycznego. Większość studentów pełniła już służbę sanitarną bądź w wojsku bądź w instytucjach prywatnych i jest na tyle obeznaną, by móc oddać pewne usługi.

Łaskawe zgłoszenia posiadanych posad z podaniem warunków prosimy skierować pod adresem: Sekcja Pomocy Materjalnej Koła Medyków Studentów Uniwersytetu Poznańskiego — Fredry 10

Przy zgłoszeniu się studenta na dane stanowisko prosimy żądać zawsze pisemnego przekazania go z naszej strony.

ZA ZARZĄD: *St. Winter* Kier. sekcji Pom. Materjalnej K. M. *H. Zgliński* Prezes K. M.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. gorąco popiera akcję Koła Medyków Studentów.

Prof. Dr *Karwowski* Prezes Zw. Lek. P. P. O. Wlkp. Dr. *Wieleński* Sekr. Zw. Lek. P. P. O. Wlkp

Dr. *R. Matuszewski* Skarbnik Zw. Lek. P. P. Okr. Wlkp.